



# UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

## TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

La intervención social en el Primer Nivel de Servicios Sociales de Logroño: desmontando mitos.

Autor/es

RAQUEL ANGUIANO JIMÉNEZ

Director/es

VICENTE LÁZARO RUIZ

Facultad

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Titulación

Grado en Trabajo Social

Departamento

CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Curso académico

2018-19



***La intervención social en el Primer Nivel de Servicios Sociales de Logroño:  
desmontando mitos.***, de RAQUEL ANGUIANO JIMÉNEZ

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

© El autor, 2019

© Universidad de La Rioja, 2019

[publicaciones.unirioja.es](http://publicaciones.unirioja.es)

E-mail: [publicaciones@unirioja.es](mailto:publicaciones@unirioja.es)



UNIVERSIDAD  
DE LA RIOJA

**La intervención social en el Primer Nivel  
de Servicios Sociales de Logroño:  
desmontando mitos.**

*Social intervention in Social Services in  
Logroño: breaking myths apart.*

**Autora:** Raquel Anguiano Jiménez

**Tutor:** Vicente Lázaro Ruiz

## **Resumen.**

**Palabras clave:** Trabajo Social, Sistema Público de Servicios Sociales, Servicios Sociales de Primer Nivel, intervención social, perspectiva sistémica.

Los trabajadores sociales de Primer Nivel de Servicios Sociales llevan años reivindicando su papel como interventores sociales de carácter terapéutico y el reconocimiento de una disciplina cargada de responsabilidad en el ámbito público y social. Para tratar de entablar una conversación con la población no especializada acerca de esta cuestión, se va a contextualizar el Sistema Público de Servicios Sociales para, precisamente, clarificar en qué consiste su labor y cuál es su estructuración. Además, se van a tratar los modelos teóricos de intervención social actuales, destacando la perspectiva sistémica ya que es la utilizada en los Centros de Servicios Sociales de Logroño y en la mayoría de intervenciones sociales terapéuticas.

Se ha realizado un estudio empírico de 289 casos, para el cual se ha creado un cuestionario específico que ha recogido datos tanto del perfil de cada usuario atendido como de las demandas con las que llega al Primer Nivel de atención y la intervención que realizan los trabajadores sociales. Este cuestionario se ha realizado a una muestra aleatoria de toda la población atendida en un periodo temporal concreto y ha sido cumplimentado por la autora para minimizar el efecto de reactividad. Gracias a él se puede observar cómo el perfil típico de un Centro de Servicios Sociales en Logroño es una mujer, de origen nacional, que acude en nombre de su unidad familiar y que accede a una intervención de apoyo emocional y orientación familiar.

Los usuarios de los Centros de Servicios Sociales o, lo que es lo mismo, del Primer Nivel de Servicios Sociales, se pueden dividir en dos grandes grupos: la gestión de recursos y la intervención social. La segunda categoría, se refiere a la labor del trabajador social más allá de la Cartera de Servicios y Prestaciones e implica una necesidad más compleja y unas técnicas de intervención más afinadas.

## **Abstract.**

**Key words:** Social Work, Social Services, Social Care, Welfare System, social work intervention, systemic perspective.

Social workers in the social care system have spent the last few years reclaiming their starring role in society as therapists and demanding that Social Work has its recognition as an important discipline in public and social fields. To try and sparkle a conversation with non-experts, we will contextualize the public welfare system to show what it is its reason to be and how it is structured. In addition to that, we will explain the actual intervention perspectives,

specialy to the systemic perspective, for it is the most important and the one used by social workers in Logroño.

A specially designed questionnaire has allowed to make an empirical study with 289 cases not only about their personal traits but about their necessities, why they come to the system in the first place, and how they interact with social workers. The population chosen has been random in time, being everyone atended by the welfare system in a three month period. The author has been the one to answer that questionnaire, in order to reduce the reactivity being self-answered could have enhaced. Its results show that the main client the system has is a native woman, that seeks familiar guidance and emotional support.

Clients of the public system can be divided in two big groups: first, the ones with whom resources and services are arranged and second, the ones with whom a social intervention is made. This last category requires from social workers more work, for its nature is more complex and makes need of specialized techniques.

<b>1. INTRODUCCIÓN.</b>	<b>6</b>
1.1. Justificación.	6
1.2. Objetivos.	7
1.3. Partes del trabajo.	7
<b>2. MARCO TEÓRICO DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL PRIMER NIVEL DE SERVICIOS SOCIALES</b>	<b>9</b>
2.1. El Sistema Público de Servicios Sociales.	9
2.1.1. <i>El Sistema Público de Servicios Sociales y el Estado del Bienestar.</i>	9
2.1.1.1. El Primer Nivel de atención.	11
2.1.1.2. El Segundo Nivel de atención.	12
2.1.2. <i>La estructura del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales.</i>	13
2.2. Recorrido histórico de la intervención social con personas en situación de exclusión social.	16
2.3. La intervención social en el Primer Nivel de atención y los modelos teóricos que le sirven de base.	20
2.3.1. <i>Modelos de intervención utilizados en Trabajo Social.</i>	21
2.3.1.1. Modelo psicodinámico.	22
2.3.1.2. Modelo de modificación de conducta.	22
2.3.1.3. Modelo de intervención en crisis.	23
2.3.1.4. Modelo crítico/radical.	24
2.3.2. <i>El modelo sistémico.</i>	25
<b>3. UN ESTUDIO EMPÍRICO DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN UN CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES DE LOGROÑO.</b>	<b>27</b>
3.1. Metodología.	27
3.1.1. <i>Muestra.</i>	28
3.1.2. <i>Herramienta: cuestionario de encuesta.</i>	28
3.1.3. <i>Procedimiento.</i>	28
3.2. Resultados.	29

3.2.1.	<i>Sexo, perfil y país de origen.</i>	29
3.2.2.	<i>Número de entrevistas.</i>	32
3.2.3.	<i>Demanda explícita.</i>	33
3.2.4.	<i>Gestión de recursos.</i>	34
3.2.5.	<i>Intervención social.</i>	35
3.2.6.	<i>Tiempos de entrevista.</i>	37
3.2.7.	<i>Metodología de la entrevista.</i>	39
3.3.	Conclusiones de la parte empírica.	40
<b>4.</b>	<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.</b>	<b>44</b>
4.1.	Discusión.	44
4.1.1.	<i>Acerca del Sistema Público de Servicios Sociales.</i>	44
4.1.2.	<i>En lo que concierne al perfil de usuario de los Centros de Servicios Sociales.</i>	46
4.1.3.	<i>La utilización de los modelos teóricos y su relación con la intervención social.</i>	47
4.2.	Conclusiones.	48
<b>5.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.</b>	<b>51</b>
<b>6.</b>	<b>ANEXOS.</b>	<b>54</b>
6.1.	Herramienta: cuestionario de encuesta.	54

## **1. Introducción.**

En el presente Trabajo de Fin de Grado planteo un estudio y análisis de la intervención social realizada por los trabajadores sociales del Sistema Público de Servicios Sociales de Primer Nivel en el municipio de Logroño.

Para comenzar, voy a contextualizar el Sistema Público de Servicios Sociales dentro del Sistema del Bienestar y su estructuración en España. Voy a diferenciar, en este mismo apartado, los Servicios Sociales de Primer Nivel y los Servicios Sociales de Segundo Nivel, para poner el énfasis en los primeros y poder desarrollarlos con mayor propiedad en los apartados siguientes. Además, incluiré un apartado específico que explique las peculiaridades del modelo riojano atendiendo a la ley autonómica de Servicios Sociales.

En segundo lugar, haré un recorrido histórico de las diferentes formas de intervención y acción social dadas desde los inicios de la caridad con las personas en situación de exclusión social, definiendo dicho concepto.

A continuación, voy a realizar una fundamentación teórica del modelo sistémico de intervención y de otros de los modelos de intervención social más relevantes y más utilizados en la actualidad.

Finalizaré relatando el estudio empírico que he realizado sobre la atención social en el Primer Nivel de Servicios Sociales de Logroño, características de su demanda y naturaleza de la intervención social realizada.

### **1.1. Justificación.**

La necesidad de estudiar esta dimensión de las funciones del trabajador social dentro del Sistema Público de Servicios Sociales responde al extendido desconocimiento de la labor que realizan los mismos. En el seno de las prácticas curriculares he podido comprobar que, incluso la idea de los trabajadores sociales en formación, es errónea respecto de la realidad social que es abordada en los distintos Centros de Servicios Sociales a diario. Mi interés por este tema ha sido suscitado por la recurrente reivindicación de estos profesionales por ser más reconocidos y valorados en sus quehaceres laborales, y de la experiencia que he vivido en los últimos dos años.

Quiero, además, comprobar si los estereotipos con los que contamos en el imaginario colectivo acerca de los usuarios atendidos por los Centros de Servicios Sociales son ciertos y en qué medida lo son. Atendiendo especialmente al estereotipo de que la mayoría de esta atención e intervención social se dirige al colectivo de inmigrantes y que son éstos quienes acceden a la mayoría del reparto de las ayudas económicas existentes.



## **1.2. Objetivos.**

Los objetivos generales que guían este Trabajo de Fin de Grado son tres y responden a los dos grandes apartados dentro de la parte teórica y a la parte empírica. Así, estos objetivos son los que se muestran a continuación, subdivididos a su vez en los objetivos específicos que los integran.

1. Contextualizar el Sistema Público de Servicios Sociales.
  - 1.1. Profundizar en la creación y expansión del Sistema Público de Servicios Sociales.
  - 1.2. Contextualizar la estructuración administrativa del Sistema Público de Servicios Sociales.
  - 1.3. Distinguir con propiedad los Servicios Sociales de Primer Nivel y los Servicios Sociales de Segundo Nivel.
  - 1.4. Presentar de forma sucinta la Ley de Servicios Sociales en La Rioja y su relación con el desarrollo nacional.
2. Exponer los modelos teóricos más utilizados en la actualidad.
  - 2.1. Dar una definición concreta de la intervención social en el ámbito del Trabajo Social.
  - 2.2. Profundizar en el modelo sistémico de intervención social, como aquel más importante y más utilizado en la práctica.
  - 2.3. Explicar en qué se fundamentan los demás modelos de intervención social.
3. Obtener un perfil de usuario de los Servicios Sociales de Primer Nivel en Logroño.
  - 3.1. Realizar un estudio cuantitativo de los usuarios de un Centro de Servicios Sociales de Logroño.
  - 3.2. Comprobar cuáles son las características modales de los mismos.
  - 3.3. Exponer cuáles son las demandas más solicitadas por los usuarios.
  - 3.4. Dividir a los usuarios según la intervención que se realiza con ellos.
  - 3.5. Analizar la intervención social realizada en los Servicios Sociales de Primer Nivel.

## **1.3. Partes del trabajo.**

Este Trabajo de Fin de Grado se organiza en tres bloques diferenciados que corresponden a la parte teórica, la parte empírica y las conclusiones.

La parte teórica está subdividida en los tres primeros apartados, que constituyen un marco teórico en el cual se encuadra la parte práctica y que, además, le otorga una fundamentación. Los apartados pertenecientes a este bloque comienzan con el Sistema Público de Servicios Sociales,

que se subdivide en la contextualización del mismo dentro del Estado de Bienestar español, su estructura en el territorio nacional y su organización autonómica. Además, se encontrarán más subdivisiones que delimitan la definición y características del Primer Nivel de atención de Servicios Sociales y el Segundo Nivel. Por otro lado, también se encuentra el recorrido histórico de la intervención social, que supone un vistazo a la historia de la acción social en España desde la caridad hasta la actualidad. El último punto que conforma el bloque teórico es la intervención social en los Servicios Sociales de Primer Nivel, donde se encontrarán asimismo subdivisiones que referencian la perspectiva sistémica, como la más importante y la más utilizada en el contexto social actual, y otros modelos de utilización e importancia menor pero igualmente necesarios de destacar.

El bloque práctico sigue la misma estructuración que tantos otros trabajos de investigación, por lo que se pueden encontrar en él: una introducción que contextualiza la justificación de su realización y los objetivos que la guían; la metodología en cuanto a muestra, instrumento y procedimiento; los resultados del estudio y un apartado de conclusiones.

El tercer bloque, como ya se ha mencionado, corresponde a la discusión y conclusiones del Trabajo de Fin de Grado en su totalidad. Los apartados que le siguen responden a la bibliografía y los anexos.

## **2. Marco teórico de la intervención social en el Primer Nivel de Servicios Sociales**

A continuación, voy a exponer en tres grandes apartados la fundamentación teórica del presente estudio, para contextualizar el Sistema Público de Servicios Sociales en primer lugar, conocer el desarrollo histórico de la intervención y acción social y, finalmente, exponer los modelos teóricos utilizados en el desarrollo de los procesos de intervención.

### **2.1. El Sistema Público de Servicios Sociales.**

En este primer apartado del bloque teórico vamos a encontrar una contextualización del Sistema Público de Servicios Sociales dentro del Estado del Bienestar, que incluirá también un cierto desarrollo histórico desde la promulgación de la Constitución de 1978; una definición y diferenciación entre Primer y Segundo Nivel de atención de Servicios Sociales atendiendo a la nomenclatura autonómica y una exploración del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales atendiendo a la ley autonómica.

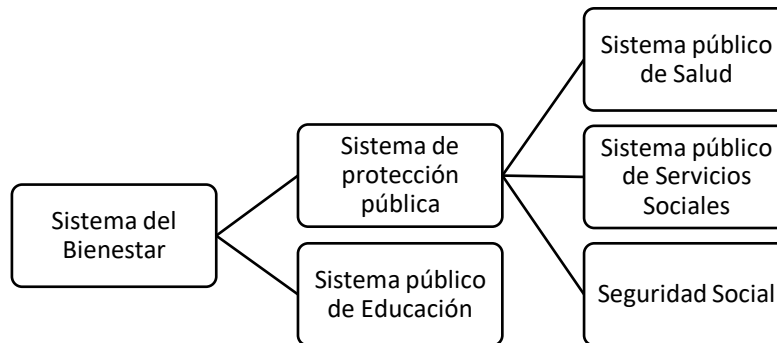
#### **2.1.1. El Sistema Público de Servicios Sociales y el Estado del Bienestar.**

Tras el fin de la dictadura y la promulgación de la Constitución de 1978, España sigue el modelo europeo y establece un pacto social, comenzando un proceso hacia la garantía del bienestar en el contexto del recién implantado Estado Social y Democrático de Derecho. El modelo europeo está estrechamente relacionado con los denominados Derechos Sociales, que hunden sus raíces en las promulgaciones de la Unión Europea: la Carta social europea y la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea; que influyen directamente sobre lo establecido en la Constitución. En la Constitución Española se establecen los Derechos Sociales como principios rectores de la política pública, por lo que obligan a la existencia de entidades públicas que se dediquen a su cobertura, para lo que se crean los distintos Sistemas de Protección.

Como podemos observar en el gráfico a continuación, el Sistema del Bienestar se divide, por un lado, en el Sistema Público de Educación y, por otro, en el Sistema Público de Protección. Dentro de este último se incluyen, a su vez, el Sistema Público de Salud, la Seguridad Social y el Sistema Público de Servicios Sociales.

Ilustración 1.

*Estructura jerárquica del Sistema del Bienestar en España (elaboración propia).*



El Estado del Bienestar hace comunes a todos sus pilares los siguientes principios rectores:

- Igualdad de oportunidades y universalidad en el acceso a los recursos públicos.
- Coordinación entre todos los sistemas para garantizar la globalidad y la eficacia del pacto social.
- Integración y cohesión social.
- Solidaridad, responsabilidad social, participación ciudadana y voluntariado.
- Enfoque basado en los Derechos Humanos para promover la calidad de vida.
- Puesta en marcha de Planes Integrales específicos para eliminar la discriminación social.

El Sistema Público de Servicios Sociales cuenta con sus propias peculiaridades, la más destacada de las cuales es que la necesidad que cubre no resulta evidente, como sí ocurre con la Educación o la Sanidad. El público no especializado, la ciudadanía, no sabe para qué sirve, ni cómo funciona, ni qué objeto tiene. Esto conlleva otra de las características únicas de este pilar: la ciudadanía no lo asume como propio, le atribuye un carácter marginal y ajeno. Se pueden encontrar entre las razones que conllevan a este desconocimiento que su surgimiento fue mucho más tardío que el del resto de pilares y, por lo tanto, está menos consolidado que sus pares. Igualmente, la actividad que desempeña ha sido muy discutida puesto que se basa en gran medida en la acción privada. Existe una idea muy extendida entre la población y es que este pilar responde a las necesidades relacionadas con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (de aquí en adelante, “Ley de Dependencia”) pero, sin embargo, como se va a ir explicando, esto no es así.

Ocurre que la Educación, la Sanidad, y la Seguridad Social se han desarrollado ampliamente de forma cualitativa y continúan haciéndolo en la actualidad de forma estable y constante hacia el fortalecimiento del sistema y la universalización de los recursos (en Seguridad Social, por ejemplo, añadiendo el nivel no contributivo). Mientras que, en el Sistema Público de Servicios Sociales, es notablemente ausente una red de equipamientos básicos que den una respuesta real a las necesidades de las personas y colectivos que atiende. Si, por ejemplo, ponemos el enfoque en la Comunidad Autónoma de La Rioja, a pesar del envejecimiento de la población y el aumento de la demanda en los últimos años, todavía no se cuenta con un Centro de Atención Nocturna para personas en situación de dependencia en funcionamiento. Podemos asumir que esta carencia responde al criterio de ajenidad que rodea a todo el sistema y la falta de voluntad derivada del mismo.

El Sistema Público de Servicios Sociales se articula en dos niveles de atención que están basados en dos perspectivas diferenciadas. La perspectiva de la universalización estructura el Primer Nivel de atención y se articula en torno a los Derechos Sociales colectivos e individuales de la población, mientras que en el Segundo Nivel la influencia de la perspectiva focal propicia una atención en torno a colectivos vulnerables y necesidades específicas.

#### **2.1.1.1. El Primer Nivel de atención.**

El concepto de niveles para articular los dos escalones dentro del Sistema Público de Servicios Sociales es exclusivo a la Comunidad Autónoma de La Rioja, puesto que, si observamos el resto de leyes autonómicas, cada una cuenta con su propia definición, aunque todas hacen referencia a las mismas estructuras administrativas. Así, encontramos en Andalucía el Nivel Primario de Servicios Sociales y el Nivel Especializado de Servicios Sociales; Servicios Sociales de Atención Primaria y de Atención Secundaria en el País Vasco o la Atención Social Primaria y la Atención Social Especializada en la Comunidad de Madrid.

Dentro del Primer Nivel en La Rioja se encuentran los servicios y prestaciones más cercanos a la población, organizados por zonas de Trabajo Social en los que se encuadran Centros de Servicios Sociales cuyos servicios básicos son, según Alemán Bracho (1993, p. 200): la labor de información, valoración, orientación y asesoramiento; la cooperación social, el impulso del asociacionismo y la promoción de la vida comunitaria; la convivencia y reinserción social y el Servicio de Ayuda a Domicilio.

Según Fantova (2008) el Primer Nivel de Servicios Sociales actúa sobre los desajustes en el par autonomía personal – integración relacional, lo que quiere decir que responden a aquellas situaciones en las que la autonomía del individuo no es la suficiente como para suplir la carencia

de red de apoyo o, por el contrario, la red de apoyo no es suficiente como para aliviar la falta de autonomía personal.

La progresiva burocratización no sólo del Sistema Público de Servicios Sociales en general, sino del Primer Nivel de atención en particular, no conlleva aparejada necesariamente una tendencia a la despreocupación por parte de los trabajadores sociales. Sin embargo, sí que supone un doble filo de contradicción ética: los profesionales están enmarcados en la rigidez institucional que supone el Sistema Público de Servicios Sociales al cual deben rendir cuentas y para el cual están empleados y, aun así, su visión está única o mayormente enfocada al usuario, de tal manera que se encuentran a su servicio. Ante esta contradicción, Cristina de Robertis señala en 2009 dos posibilidades de posición de los trabajadores sociales: rendirse a la burocratización de su profesionalidad y a la tranquilidad y comodidad que implica no encontrar problemas con la persona jerárquicamente superior y, así, caer en un desarrollo diario de la labor poco estimulante o esgrimir la resistencia al sistema en busca del cambio social con el objetivo de encontrar un equilibrio que le ayude a desempeñar sus tareas sin perjudicar la intervención social que es necesaria prestar.

#### **2.1.1.2. El Segundo Nivel de atención.**

El Segundo Nivel, los Servicios Sociales especializados, se organizan atendiendo a las necesidades específicas a las que responde y según el colectivo en el que dichas necesidades se manifiesten. Podemos equiparar estos niveles de atención en el Sistema Público de Servicios Sociales a aquellos que se pueden encontrar en el Sistema Público de Salud, donde el médico de cabecera supone la puerta de acceso al sistema sanitario y éste atiende o deriva a especialistas según la necesidad del paciente. La trabajadora social de Primer Nivel es el médico de cabecera del Sistema Público de Servicios Sociales, en tanto atiende o deriva según la especificidad de la respuesta requerida por el usuario.

Así, en el Segundo Nivel se pueden encontrar, según colectivos:

En el ámbito de la **tercera edad y personas con discapacidad** encontramos el servicio de Teleasistencia, los Centros de Atención Diurna, Atención Residencial, Atención Nocturna (actualmente existente pero no operante en La Rioja) y Centro Ocupacional, únicamente para personas con discapacidad.

Tanto en tercera edad como en personas con discapacidad, en el Segundo Nivel también se encuentra el servicio de valoración de la dependencia y el servicio de valoración del grado de discapacidad. Además, la Comunidad Autónoma de referencia, La Rioja en este caso, tramita las prestaciones económicas siguientes: Vinculada al servicio (en tanto se accede al servicio público,

se otorga dicha prestación para subsanar el servicio de forma privada), por Cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales y de Asistencia personal.

Para la **infancia y familia**, en el Segundo Nivel se encuentra el Servicio de valoración y declaración de situaciones de desprotección, Servicio de atención inmediata de menores, Servicio de acogimiento residencial, Servicio de atención telefónica de información al menor, Servicio de concesión de título de familia numerosa, Servicio de orientación familiar y Servicio de mediación familiar. Las prestaciones pertinentes a este nivel son: prestaciones para Familias con menores declarados en situación de riesgo, para Familias con menores en acogimiento familiar y para la Adopción internacional.

En el ámbito de la **mujer**, los servicios son de Asesoramiento jurídico, Asesoramiento social, Asesoramiento psicológico (todos ellos encuadrados en la Oficina de Atención a la Víctima), Servicio de alojamiento e intervención especializada, Servicio de alojamiento e intervención integral a jóvenes gestantes que se vean obligadas a abandonar su domicilio y Atención telefónica de información a la mujer. La prestación para mujeres víctimas de violencia de género es la Renta Activa de Inserción.

Para **cualquier persona regular en España**, la prestación económica que proporciona la Comunidad de La Rioja en el seno del Segundo Nivel de Servicios Sociales es la Renta de Ciudadanía.

Las **personas en situación irregular en España** pueden acceder al Primer Nivel de Servicios Sociales, es decir, a la Ayuda de Emergencia Social con un requisito de empadronamiento de cuatro meses en el municipio donde se solicita. También podrían acceder al Servicio de Ayuda a Domicilio, cuyo funcionamiento es sobresaliente en la atención a personas en situación de dependencia y personas con discapacidad, pero debieran de contar con un dictamen del Centro de Valoración de la Discapacidad y Dependencia que, sin embargo, se ubica en el Segundo Nivel de atención. Esto imposibilita que usuarios en estas situaciones de necesidad puedan ver sus cuidados básicos cubiertos de manera funcional mientras regularizan su situación de llegada al país.

### **2.1.2. La estructura del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales.**

La Constitución Española atribuye las materias en Servicios Sociales a las Comunidades Autónomas, lo que promueve el desarrollo de cada sistema autonómico a través de las diversas leyes autonómicas de Servicios Sociales. La aprobación de la Ley de Bases de Régimen Local en 1985, hoy derogada y promulgada su sucesora, atribuye competencias a los municipios en cuanto a prestación de Servicios Sociales y promoción de los mismos, lo cual supone la descentralización

del sistema y un paso más hacia su universalización y garantía. La búsqueda de un marco referencial para todas ellas y para aquellas materias que aún estaban sin atribuir, o que eran ambiguas y discrecionales, culminó en 1988 con el Plan Concertado para el Desarrollo de las Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en las Corporaciones Locales que continúa el esquema realizado en Salud o Educación.

Los principios y objetivos comunes de las leyes autonómicas, además de aquellos que rigen el Estado del Bienestar, son:

1. Acceso universal en igualdad de condiciones al catálogo de servicios y prestaciones básicos.
2. Responsabilidad de los poderes públicos de garantizar el acceso universal como un derecho básico de la ciudadanía.
3. Atención individualizada de las necesidades sociales.
4. Descentralización.
5. Ajuste a los criterios de calidad de intervención social y en la estructura y organización del sistema.

En La Rioja la actual Ley de Servicios Sociales es la Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja. Esta ley, de tercera generación ya que le preceden otras dos, establece que el Sistema Público Riojano de Servicios Sociales (en adelante, SPRSS) tendrá como finalidad lograr la mejora en la calidad de vida de los ciudadanos riojanos a través de la atención personalizada, los estándares de calidad en los servicios y la apuesta por las nuevas tecnologías. Crea, además, el Catálogo y la Cartera de Servicios y Prestaciones y da pie a la Ley 3/2007, de 1 de marzo, de Calidad de los Servicios Sociales.

Actualmente, según esta ley, la ratio mínima de ciudadanos por trabajador social se encuentra en cuatro mil habitantes, y, como veremos en la parte empírica, estas ratios son bastante superiores.

Según el estudio llevado a cabo por Ruidíaz en 2010, la mayoría de los riojanos manifiestan que el SPRSS responde a las necesidades de las personas en situación de carencia, si bien la red de equipamientos y centros especializados es ineficiente y escasa. Coinciden los entrevistados en que los Servicios Sociales van destinados a determinados colectivos discriminados o excluidos y que existe un gran conflicto para repartir unos recursos que son escasos. Expresan, asimismo, malestar por la masificación de los Centros de Servicios Sociales y algunos relatan que la ayuda percibida por los mismos fue insuficiente o de mala calidad. En este estudio también se pone de manifiesto que la población desconoce la ley, e ignora los principios sobre los que se asienta o las disposiciones que promulga.



Es interesante contrastar el estudio que realizó Ruidíaz con los últimos resultados de las encuestas de satisfacción que realiza cada año la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia. En una comunicación emitida en febrero de 2019, el consejero y la directora general de Servicios Sociales se mostraban exultantes ante la nota media de los Centros públicos de Servicios Sociales según usuarios y familiares: un impresionante 8,5 resultado de 858 encuestas. La distinción es clara. Ruidíaz, en su metodología, utilizó los grupos de discusión mientras que la Consejería recurrió a encuestas anónimas. Creo que en la metodología se encuentra la respuesta a tan notable diferencia: en general, la percepción acerca de los Servicios Sociales es regular, sin embargo, mientras que los usuarios y familiares otorgan notas altas a la atención percibida, los usuarios que mostraron su opinión en los grupos de discusión pudieron verse afectados por la reactividad de encontrarse no sólo ante un observador sino ante un grupo de pares desconocido e influenciado por el estigma social atribuido a los usuarios de Servicios Sociales.

El desconocimiento acerca del Sistema Público de Servicios Sociales está influenciado por el arraigo del resto de los pilares a necesidades tan concretas e identificables para la población. La inexistencia de esta premisa en el SPRSS provoca que la respuesta social hacia el sistema y los usuarios del mismo sea estigmatizante. Así, encontramos a menudo artículos como el publicado en el periódico Rambla Libre en 2017 por Enrique de Diego titulado “Ser español en España es una ruina: Señor extranjero, usted primero, por favor” en el que se busca enfrentar a la ciudadanía autóctona con una supuesta masa de población inmigrante sostenida con los impuestos públicos y que tapan la entrada a los Servicios Sociales de los españoles en situación de necesidad. Más adelante profundizaremos en la correspondencia de estos estereotipos con la realidad social.

## **2.2. Recorrido histórico de la intervención social con personas en situación de exclusión social.**

En la búsqueda de una definición de intervención social que ilustre la significación que quiero recalcar mediante la investigación de este trabajo, he podido dar con la que voy a citar a continuación, de Fernando Fantova (2007, p. 184), renombrado consultor social. Según su definición, la intervención social es “aquella actividad que se realiza de manera formal u organizada, intentando responder a necesidades y, específicamente, incidir significativamente en la interacción de las personas, aspirando a una legitimación pública o social”. Más adelante, no sólo recalcaré la dimensión formal de la intervención social pública sino su dimensión personal y la importancia de la misma.

Es importante conocer a qué se hace referencia cuando se habla de exclusión social y, para ello, he tomado la definición que Javier Camacho hace en 2014, denominándola como un fenómeno multidimensional de ámbitos interrelacionados entre sí que “se traduce en la acumulación y persistencia de problemas y carencias en dichos ámbitos [...] suponen la falta de acceso a recursos y necesidades básicas que permitan una plena inserción en la sociedad” e “implica una falta de participación en la dinámica social”.

Históricamente, los primeros resquicios de Trabajo Social están indudablemente ligados a la religión y a la caridad que surge de ésta, gracias al mandato de ayuda al prójimo y a los más desfavorecidos. Esta caridad se basa en paliar las consecuencias de la pobreza, las situaciones actualmente denominadas de exclusión social, pero no presta atención en ningún momento a las causas. Este desoír de las mismas quiere decir que su función principal es aliviar la conciencia de la clase adinerada, profundamente católica según las costumbres y tradiciones del momento, y demostrar su compromiso con la misma Iglesia y su compasión por los menos afortunados, signo de ser un buen samaritano.

En el siglo XIV, se considera a las personas en situación de pobreza como una amenaza para el orden. Todo aquel que realmente no pueda trabajar es merecedor de ayuda externa, mientras que aquel que no “quiera” hacerlo, o no tenga razones creíbles para hacerlo, es considerado un aprovechado. La Iglesia defiende su posición como interventor central, dada su responsabilidad moral.

A pesar del reconocimiento de los Derechos de los Ciudadanos en el siglo XVIII, se agravan las necesidades sociales y empeora la calidad de vida de la población, emigrada en las ciudades y hacinada en las viviendas, además de existir un gran predominio de la mano de obra barata, el desempleo y las enfermedades consecuentes de las condiciones de vida y laborales. En este punto se extiende una confianza, influenciada por el Humanismo, en la posibilidad de mejora

individual a través de un tratamiento para el falso pobre; consistente en el encierro en centros de remodelación del comportamiento. Se restringe su circulación por la organización territorial y se les circunscribe a parroquias, donde eran controlados por los feligreses y atendidos por las organizaciones religiosas, lo que conlleva, además, la práctica prohibición del ejercicio de la mendicidad. A pesar de ello, la pobreza continúa extendiéndose con motivo de las nuevas condiciones laborales promovidas por la revolución industrial. Se puede asumir que los intentos fallidos hasta este momento histórico lo son, de nuevo, por atacar las consecuencias de la pobreza, pero no las causas.

En el siglo XIX la pobreza comienza a ser considerada como “cuestión social” y fruto del empeoramiento en las condiciones de trabajo, las condiciones insalubres de viviendas y centros laborales y la desigualdad económica y social. En este momento, se rechaza la dimensión individual como causa única. La pobreza comienza a considerarse responsabilidad del Gobierno, de lo público, perspectiva influida por el auge del movimiento obrero. Se promulga la Ley de Beneficencia de 1849 en España, con lo que comienza la etapa de intervención por parte del Estado y la descentralización en los Ayuntamientos, a pesar de que aún existe un gran número de asociaciones y entidades de carácter privado que comienzan a ser tuteladas por parte de las administraciones públicas. El Estado decide intervenir como consecuencia de la falta de recursos de los movimientos religiosos que, con el aumento y la nueva variedad de necesidades sociales fruto de los cambios sociales hacia la modernización, se ven ahogados en la proliferación de casos. La sobrecarga de trabajo acaba por imposibilitar que sea el ámbito privado quien se encargue de la totalidad de las intervenciones. Esta intervención se resume en la detección organizada del falso pobre y una fiscalización de las rentas de estos usuarios, que fueron monitorizados y censados en un Censo Municipal de Pobres.

Los servicios estaban entonces dirigidos a aquellas personas que quedaran excluidas del mercado laboral y, por lo tanto, de una manera de subsistencia. El criterio de acceso a los servicios y prestaciones recae exclusivamente en la opinión subjetiva de la persona responsable del caso. La respuesta institucional es todavía muy débil. Además, es necesario tener en cuenta el retraso de España frente a sus homólogos europeos, ya que, entre otros motivos, la Iglesia seguía teniendo un inmenso poder, y defendía su papel como salvadora de los desventajados por su responsabilidad moral con Dios; el movimiento obrero y la industria eran muy escasos y avanzaban muy lentamente. En este momento se crean recursos residenciales, que actualmente continúan incluidos en el Segundo Nivel de Servicios Sociales, como Centros de Salud Mental, Albergues para personas sin hogar... y aparece la Atención a Domicilio.

En 1908 se crea el Instituto Nacional de Previsión, organismo destinado a organizar un sistema de pensiones privado que el Estado se encargaba de promover y difundir. Eventualmente

los seguros se convirtieron en obligatorios y aparecieron otros más específicos que contaban con la colaboración de entidades públicas y privadas.

La Constitución republicana de 1931 garantiza ya los Derechos Sociales, desarrollando normativamente de forma extensa y amplía el Sistema Público, que después será conocido como Seguridad Social, y primando la intervención pública frente a la beneficencia. Nace el concepto de “asistencia social” como medio para superar la caridad y la beneficencia que aún estaban profundamente arraigadas en los Sistemas Públicos y en el imaginario colectivo. La nueva denominación conlleva una creciente profesionalización de la intervención, si bien ésta aún no es lo que se puede considerar hoy en día. Está muy influenciada por el desarrollo de la política social y el concepto de Derechos Sociales en Europa.

La primera Escuela de Asistencia Social para la Mujer (Barcelona, 1932) se funda en España durante la II República con el objetivo de establecer un entrenamiento concreto a las mujeres que quieran trabajar en la atención a los pobres. Aún está intensamente ligada a la religión católica y a la Iglesia. Con ella se inicia un proceso de teorización y preparación técnica de la disciplina que se había venido ejerciendo en el seno de la caridad y que comienza su proceso hasta el Trabajo Social.

Con la creación de la Dirección General de Beneficencia y Asistencia social en 1934 se establecen por primera vez requisitos y baremos de acceso al sistema que se asemejan en mayor medida a la actual universalización del mismo. Igualmente incluye por primera vez la posibilidad de recurrir al ámbito judicial si el usuario se sintiera injustamente excluido. A pesar de ello, la mayoría de las prestaciones de protección social van dirigidas a personas que pueden acceder al mercado laboral, mientras que las excluidas siguen estando mayormente atendidas por la caridad y la beneficencia de las entidades privadas.

La aprobación de la Ley de Bases de Seguridad Social de 1963 y la Ley General de Seguridad Social de 1974 derogan la Ley de Beneficencia. Reforman el sistema de protección social rudimentario que se había formado hasta el momento: se introducen las prestaciones proporcionales al salario, se absorben las mutualidades para reforzar el Sistema Público y se crea un nivel básico de protección que engloba Servicios Sociales, Sanidad y prestaciones económicas. No mucho más tarde se reforma la gestión de la Seguridad Social para establecer la distinción entre régimen general y régimen específico, descentralizando las materias propias de cada ente público; se subordinan las prestaciones a los presupuestos del Estado en materia de Seguridad Social y se comienza a prever la participación de la ciudadanía. Se crean diversos institutos, como el de Seguridad Social, el de Salud y el de Servicios Sociales (INSS, INSALUD e IMSERSO respectivamente).

En los años posteriores, especialmente ya durante la dictadura franquista, se siguen creando escuelas, todavía únicamente dirigidas a las mujeres. La escasa acción social existente, descendiente directa de la caridad y todavía siendo considerada beneficencia de carácter público, es desarrollada por dos grandes instituciones: la Iglesia católica y la falange española. Son estas instituciones, precisamente, quienes se encargan de mantener la feminidad de la profesión y el perfil abnegado y religioso de las profesionales.

Ya en la década de los sesenta, los profesionales empiezan a defender la profesionalización de la técnica, una reorientación de la intervención social y la reivindicación social de los pobres como víctimas de sus consecuencias y no creadores de sus desgracias. A finales de la dictadura, la defensa principal es el considerar la especialidad como una licenciatura universitaria. En 1964, España ya pasa de contar con apenas cinco escuelas de Trabajo Social a tener treinta y dos y conseguir el reconocimiento del título de Asistente social como técnico medio. Ello conlleva otorgarle una renovada importancia a la teoría como base para construir una intervención social eficiente.

La apertura del régimen franquista hacia una economía de exportación e importación y hacia la Unión Europea propicia una serie de cambios económicos y sociales que acaban por dar lugar a un sistema muy rudimentario de Estado del Bienestar. De nuevo, este sistema todavía no resolvía el carácter marginal de la atención realizada, por lo que continuó siendo altamente menospreciada y estigmatizada. A pesar del giro social hacia una progresiva modernización y democratización de los distintos Sistemas Públicos, hasta años más tarde de la aprobación de la CE no se desecha el concepto de colectivos marginados y pobres, manteniéndose los sistemas de protección en base a los padrones municipales de pobres. El Plan Concertado, ya mencionado, garantiza el acceso a todos los ciudadanos a los servicios más básicos, siendo éstos la Información y Orientación, la Ayuda a Domicilio, el Alojamiento alternativo en caso de emergencia y la Prevención de la exclusión social. Además, mantiene la colaboración y la cooperación ente el Ministerio y las corporaciones locales con el objetivo de mantener el sistema de protección.

Los grandes logros del sistema actual de Servicios Sociales son la descentralización, que permite una mejor cobertura de las necesidades sociales y, por ende, una mayor universalización de los servicios; el fortalecimiento del IMSERSO como entidad madre de los Servicios Sociales de Segundo Nivel o especializados y la transformación de la beneficencia y la caridad en la atención social del Primer Nivel de Servicios Sociales a través de Ciencias Sociales como el Trabajo Social, la Educación Social y la Psicología.

### **2.3. La intervención social en el Primer Nivel de atención y los modelos teóricos que le sirven de base.**

La intervención social surge de la sistematización consciente de la beneficencia y la caridad, gracias a conceptos políticos, psicológicos y procedimientos tomados de otras Ciencias Sociales. Según el objetivo a alcanzar, o la fase en la que el usuario se encuentre respecto de su proceso de intervención, ésta puede tomar cinco posiciones distintas, según lo descrito por Abello Londoño: prevención, asistencia, rehabilitación, dinamización y cambio (2013, p. 4).

El trabajador social es en sí mismo una herramienta de intervención y, especialmente, es la relación de ayuda establecida con el usuario una técnica muy valiosa en el proceso de intervención. Los profesionales entrevistados por Rodríguez Valladolid, aluden a “la complejidad de la relación de ayuda, la dificultad que lleva [...] el mantenimiento y el manejo de relaciones, [...] una tarea básica a establecer, pero difícil de mantenerla en unos límites o de manejar ciertas variables relacionales”. (2010, p. 37). No es la única técnica de la que el trabajador social se vale para desarrollar la intervención social pero sí, quizá, la más importante. La utilización de demás instrumentos y técnicas específicas atiende a la totalidad de las necesidades sociales del usuario, y la actuación debe ir indisputablemente dirigida a él.

La progresiva burocratización de la labor de los trabajadores sociales en los Servicios Sociales, especialmente en el Primer Nivel, propicia el descenso del tiempo material dedicado a la atención, lo cual reduce de manera importante la calidad de la intervención. Sin ser consciente, el trabajador social deshumaniza al usuario, no dispone de recursos temporales para indagar en su individualidad y se ve obligado a agilizar sus labores mediante generalizaciones de colectivos de usuarios, descontextualización de los conflictos, abstracción... se convierte en un garante de soluciones y no en un agente de cambio. Este proceso de abstracción de la labor humana del Trabajo Social desemboca en la paternalización, que consiste en la toma de decisiones por parte de la figura de poder que supone el trabajador social sin consensuarlas con el usuario, sin realizar un codiagnóstico, actuando por él en la creencia de saber cuál es la mejor solución para su situación. También puede producirse el fenómeno estrictamente contrario, el denominado antipaternalismo, cuando el profesional deja que el usuario decida por sí mismo sin realizar ningún tipo de acompañamiento o supervisión.

A veces, cuando la opinión del trabajador social no coincide con la del usuario, especialmente en lo que refiere a metas alcanzadas y lo que supone un bienestar suficiente para dar por finalizada la intervención, se puede fomentar inconscientemente la dependencia de éste hacia el trabajador con el objetivo de continuar la intervención más allá, hasta lo que al profesional le parece suficiente. Es necesario una reconsideración de qué se considera el bienestar para cada

usuario, a qué ideas normativas de funcionamiento social nos referimos, y cómo se interrelacionan estas ideas personales con los mismos conceptos en el pensamiento del usuario.

Es necesario que el usuario mantenga su autonomía y el proceso se base en que éste tome decisiones razonadas e informadas gracias a la ayuda del trabajador social como facilitador de recursos y procurador de información completa, pero no como figura de poder que guíe la totalidad de su actuación. Para evitar la asimetría en las relaciones, es necesario que, llegado el momento, se prepare la desvinculación entre ambas figuras una vez que la ayuda ya no sea necesaria. Según Cristina de Robertis: “nuestro propósito declarado es el fin de nuestra intervención, el momento en el que el asistido habrá adquirido –gracias a los cambios que se han producido en su situación– las actitudes suficientes para prescindir de nuestra presencia, de nuestra mediación, de nuestro apoyo”. (1007, p. 298).

Para comprender mejor cómo se estructura la intervención social, a continuación, se van a describir un número de modelos de intervención, destacando la perspectiva sistémica.

### **2.3.1. Modelos de intervención utilizados en Trabajo Social.**

Históricamente, se han desarrollado diferentes modelos de intervención que han evolucionado paralelamente a la práctica profesional y que suponen diferentes formas de afrontar los problemas sociales y de concebir la relación con el usuario. A continuación, se pasa a detallar algunos de estos modelos según lo descrito por Viscarret Garro en 2009, en concreto, el modelo psicodinámico, el de modificación de conducta, la intervención en crisis y el crítico/radical. Más adelante, profundizaré en el modelo sistémico como aquel integrador de todos los precedentes y núcleo central de la intervención social realizada en los Centros de Servicios Sociales de Primer Nivel no sólo en Logroño, sino a nivel nacional.

Para elegir el modelo adecuado a la intervención que se quiere desarrollar es necesario tener en cuenta las características individuales de la práctica, el contenido necesario para establecerla, los objetivos del proceso de intervención, la institución que sirve de marco referencial, la ética profesional y la relación de ayuda establecida entre el usuario y el trabajador social. Barranco Expósito (2007) advierte que su aplicación nunca es acertada al completo, ya que evolucionan junto con la realidad social y, en muchas ocasiones, los distintos modelos apenas son ni siquiera distinguibles en unas pocas premisas. Es, precisamente, el carácter formal y profesional de los modelos de intervención lo que permite diferenciar la actuación realizada por los profesionales del Trabajo Social del apoyo proporcionado por las redes informales de cada individuo, a pesar de que su importancia es innegable. El valor añadido al apoyo formal son la técnica y el conocimiento teórico en los cuales se basa.

### **2.3.1.1. Modelo psicodinámico.**

Influenciado por las disciplinas de la Psicología, la Psiquiatría y la Medicina, este modelo centra sus esfuerzos en los problemas emocionales y psicológicos de los usuarios a través de sus propios recursos y utilizando técnicas de la corriente del Psicoanálisis. El usuario es analizado como una realidad integrada por distintas dimensiones necesarias de conocer y abordar para resultar en una intervención completa. Otorga gran importancia a la psique y a la condición funcional y social del individuo. Los ejes centrales de este modelo son:

- Un enfoque funcional basado en la presunción de una fuerza de organización, la voluntad en la personalidad humana, que empuja al usuario a sobreponerse a sus problemas.
- El enfoque psicosocial, que reconoce la importancia de los procesos psicológicos internos y los procesos sociales externos, las condiciones físicas y la interacción entre todas ellas.
- El usuario es quien conoce su problema y el trabajador social debe ayudarlo a conocer la fase en la que se encuentra y pasar a la siguiente en el proceso de resolución del mismo.

La relación entre usuario y trabajador social es concebida como una relación de ayuda, en la que el usuario desconoce las causas internas a su problema y es el trabajador quien debe actuar de espejo y poner de manifiesto lo que es inconsciente a fin de que el usuario resuelva las causas que de antemano no conocía.

### **2.3.1.2. Modelo de modificación de conducta.**

Según Viscarret Garro el modelo se basa en “alterar el comportamiento del usuario en formas definidas para que sus problemas disminuyan o desaparezcan” (2009, p. 310). Surge en el campo de la Psicología como una alternativa sólida de intervención para con los trastornos del comportamiento, frente al Psicoanálisis que supone una intervención excesivamente prolongada en el tiempo y una indagación en las causas y en los aspectos subconscientes que, los psicólogos de conducta defienden, no en todos los casos es necesario.

Este modelo se centra en el presente del usuario mediante la utilización de refuerzos, sin otorgarle importancia a los factores que han causado la aparición de las conductas indeseadas y sin indagar más profundamente en ellas. Existen tres corrientes principales en el modelo de modificación de conducta: el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el condicionamiento vicario.

#### **1. Condicionamiento clásico.**



El condicionamiento clásico fue desarrollado por Pavlov y se utiliza mayormente para intervenir en fobias, ciertos trastornos psicológicos y enfermedades psicosomáticas.

Según esta teoría, la conducta que se quiere eliminar es una respuesta incondicionada a un estímulo incondicionado, es decir, que la persona siempre realiza la misma conducta ante el mismo estímulo. Se realiza en tres pasos:

- Se presenta el estímulo incondicionado y se responde de forma incondicionada.
- Se presenta el mismo estímulo incondicionado e, inmediatamente después, un estímulo neutro y menos dañino. La conjunción de ambos continúa resultando en la misma respuesta incondicionada. Se repite numerosas veces.
- Finalmente, la aparición del estímulo neutro por sí solo (ahora denominado “estímulo condicionado”) conllevará la misma respuesta (ahora denominada “respuesta condicionada”).

## **2. Condicionamiento operante.**

Esta corriente fue desarrollada principalmente por Skinner y sigue la premisa de que los seres vivos actúan sobre su ambiente para lograr un efecto, no sólo como respuesta a un estímulo, y en contraposición a lo que promulgaba Pavlov en el condicionamiento clásico.

Así, las personas establecen relaciones entre una conducta realizada y una consecuencia percibida, tanto positiva como negativa. Se otorgan refuerzos positivos para aumentar la frecuencia de realización de una conducta y refuerzos negativos para disminuirla o eliminarla.

## **3. Condicionamiento vicario.**

Bandura, en la década de 1970, defendió que las conductas se adquieren y modifican a través del aprendizaje observacional. Incluye el componente cognitivo, estableciendo que las personas reflexionan sobre los estímulos que recibe y responde significativamente ante ellos.

### **2.3.1.3. Modelo de intervención en crisis.**

Desarrollado a partir de la Psiquiatría americana, se centra en aquellas situaciones de crisis que necesitan una respuesta inmediata por parte del trabajador social a fin de resolver las necesidades sociales urgentes del usuario o usuarios, entregándoles pautas y el conocimiento necesario para prevenir mayor daño físico y psicológico. Proviene de la perspectiva paradigmática psicosocial (Barranco Expósito, 2007).

Por crisis entendemos un suceso traumático, un proceso de ruptura, que se mide según su efecto en la percepción del usuario, que queda limitado en el tiempo y que deriva en una situación de shock y vulnerabilidad. Hay dos tipos de crisis:

1. Crisis evolutivas: propias del desarrollo humano, necesarias para el crecimiento.
2. Crisis circunstanciales: resultado de elementos precipitantes que afectan a cada persona de una manera distinta según sus características personales (Zamanillo, 1993).

En este caso, el trabajador social cuenta con más autoridad que en otros modelos puesto que ha de asumir las decisiones primordiales. El objetivo general de la intervención es atajar los efectos de la crisis, ayudando a los usuarios a empoderarse a través del reconocimiento de sus herramientas y recursos personales para hacer frente a la situación de crisis actual y a las posibles crisis futuras. Para alcanzar este objetivo general existen tres objetivos específicos que se adaptan a la individualidad del afectado:

1. Fomentar la comunicación entre el sistema de usuarios afectado por la crisis con amigos y allegados que puedan ayudar en el proceso de intervención y a aliviar las consecuencias.
2. Ayudar a la toma de conciencia, por parte del usuario, de la integridad de la crisis y sus múltiples dimensiones.
3. Ayudar en el manejo de sus emociones y en la expresión asertiva de las mismas (Zamanillo, 1993).

#### **2.3.1.4. Modelo crítico/radical.**

La crítica dentro del Trabajo Social no surge hasta mediados de los años sesenta, basándose en la teoría de Marx y Engels. Este modelo se centra en la causa social de los problemas que sufren los usuarios, en vez de considerar a éste el culpable de sus desgracias. Busca la transformación social a través de la toma de concienciación del trabajador social y de los usuarios para transformar la estructura social en la que están inmersos. Tuvo un gran avance en su fundamentación gracias a la influencia del feminismo radical, que entiende al patriarcado como sistema opresor, considerando entonces que la raíz de los problemas sociales se encuentra en un sistema dominante que subordina todo lo ajeno a él. Los conceptos básicos destacables son:

- Entender la sociedad como una totalidad cuya estructura social marca las relaciones sociales y proporciona un orden social predeterminado.
- El conflicto es necesario para que el oprimido tome conciencia de las relaciones de poder que le afectan y busque el cambio social a través del mismo conflicto contra el opresor.
- Es necesario un proceso de concienciación y empoderamiento que dote al oprimido de las herramientas necesarias para reconocer su condición y lograr la transformación social.

En este modelo es absolutamente necesario que exista una relación de igualdad entre trabajador social y usuario, para lo cual existen distintas estrategias:

- Establecer un compromiso entre ambos para compartir el liderazgo, las ideas y el conocimiento; fomentando el aprendizaje mutuo y eliminando cualquier distinción de autoridad.
- Revalorizar la opresión experimentada por el usuario.
- Exponer ante el usuario que el trabajador social tiene más compromiso con él que con la institución.

### **2.3.2. El modelo sistémico.**

El modelo sistémico, también conocido como perspectiva o enfoque sistémico, es el más utilizado actualmente en todos los ámbitos de la intervención social, tanto en la disciplina del Trabajo Social como en otras del ámbito social. Surge como respuesta a aquellos modelos excesivamente simples que siguen una relación causa-efecto y no incluyen la influencia de la dimensión social del individuo, su posición económica o sus influencias culturales en la acción.

En este modelo se considera al usuario como un sistema, cuyos elementos interactúan y crean un todo superior a la suma de las partes. De este modo, es necesario analizar de forma conjunta los acontecimientos, situaciones, procesos sociales y relaciones sociales del usuario para conocer cómo funciona éste y cuál es el elemento que causa una disonancia en el todo. Se considera esencial un buen desarrollo de la adaptación y de la interacción y comunicación recíproca entre la persona y su entorno. El trabajador social también forma parte de las relaciones sociales del usuario, y viceversa, produciéndose una reciprocidad y una transacción continua que afecta a ambos.

En este sentido, la institución más trabajada desde la perspectiva sistémica, por su importancia como agente socializador y su papel en el contexto de cada individuo, es la familia. En la intervención sistémica familiar se pone de manifiesto de manera más clara cómo cada miembro es una parte única de un todo mayor que, además, cuenta con influencias externas que afectan al funcionamiento de la unidad familiar. Según lo descrito por la Consejería de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja (2003), la intervención sistémica familiar se basa en cuatro premisas:

- La totalidad de interacciones que se dan entre los miembros de la familia y entre éstos y su entorno están conectadas entre sí de tal manera que cualquier disfunción o cambio en

cualquiera de ellas afecta de forma inmediata al buen funcionamiento del sistema familiar.

- Cada aspecto de la comunicación relacional de los miembros debe ser entendida como respuesta a un estímulo proveniente de dentro del sistema y como antecedente a una próxima contingencia. De esta manera, la relación causa-efecto de los conflictos ya no tiene validez en una perspectiva que se ve obligada a considerar el “qué”, el “cuándo”, el “dónde” y el “cuáles son las circunstancias”.
- Todos los sistemas buscan la estabilidad, independientemente de cuáles sean las circunstancias disfuncionales o los conflictos circulares y/o crónicos. La homeostasis es, según Walter B. Cannon (1929), que acuñó por primera vez el término, un estado de equilibrio dinámico en un sistema mediante procesos internos que autoregulan el medio y contrarrestan la influencia de agentes perturbadores externos. Esta homeostasis se da de facto en el sistema familiar, si bien la situación autoregulada puede ser disfuncional y conflictiva, debido a una falta de mecanismos de afrontamiento. Debe entenderse, entonces, el estado homeostático como la ausencia de cambio, más que la ausencia de conflicto.
- La dinámica de los sistemas sociales implica la producción de cambios más o menos notorios que implican etapas de crecimiento y procesos de desarrollo. Estas transformaciones son constantes y pueden generar importantes tensiones en la familia, haciendo temblar su estabilidad, su autoregulación, las normas ya establecidas, los roles de cada miembro, su interacción con sistemas externos a ella...

La perspectiva sistémica ofrece una mayor implicación a la familia en los procesos de cambio de sus miembros, posibilitando un refuerzo de la red social de apoyo básica y poniendo de manifiesto la importancia de su papel como agente socializador y primera institución básica en toda vida humana; como ponen de manifiesto Palomar Villena y Suárez Soto (1993, p. 183) en su artículo *El modelo sistémico en el trabajo social familiar: consideraciones teóricas y orientaciones prácticas*:

Ante esta visión mecanicista y desvirtuada de los trabajadores sociales como personas que resuelven automáticamente los problemas, el paradigma sistémico ofrece como clave principal [...] la modificación del concepto que tiene la familia de lo que es o significa hacer el cambio, haciéndoles ver que su participación en él es realmente la condición que hace posible el poner fin a la situación de conflicto que están viviendo.

### **3. Un estudio empírico de la intervención social de Primer Nivel de atención en un Centro de Servicios Sociales de Logroño.**

La parte empírica del presente Trabajo de Fin de Grado es resultado de meses de trabajo e investigación motivada por la propia falta de información acerca de los Servicios Sociales de Primer Nivel y la oportunidad de trabajar mano a mano con profesionales del Trabajo Social que han aportado a este proyecto su experiencia profesional.

Está dirigida a entablar una conversación con el público no especializado acerca de la realidad social de los Servicios Sociales de Primer Nivel, la importancia que tienen, el amplio abanico de necesidades que atienden y la realidad de la resolución de conflictos que se puede vivir diariamente en ellos. Tanto en el ámbito del Trabajo Social como en otras ramas de conocimiento la visión acerca de los Servicios Sociales está altamente estigmatizada e influida por factores políticos, culturales y sociales. No sólo es necesaria una reivindicación del papel del Trabajador Social como principal agente de cambio en el ámbito de la intervención social, sino también una imagen más realista del prototipo de usuario que atiende, de manera que se fomente la solidaridad y la integración social como una realidad y no un concepto maravillosamente creado, pero llevado a la práctica de manera inútil.

El objetivo principal de la parte empírica ha sido la obtención de datos objetivos, concretos y claros que muestren cómo es la intervención diaria de los trabajadores sociales de Logroño (La Rioja) en un Centro de Servicios Sociales (de ahora en adelante, “CSS”).

Desde este momento, los objetivos específicos han sido varios. En primer lugar, la creación de un cuestionario adaptado al objetivo general que permitiera revelar los distintos perfiles de usuarios y las situaciones que les hacen desembocar en los Servicios Sociales de Primer Nivel. Para ello, se han producido los objetivos operativos de una búsqueda bibliográfica para la creación de los distintos ítems y la celebración de reuniones con trabajadores sociales y profesores universitarios expertos en Trabajo Social con el mismo fin. Por otro lado, el segundo objetivo específico ha sido la transformación del grueso de información obtenida en datos cuantitativos que permitan su análisis a través de la tabulación en programas informáticos especializados. Finalmente, la realización de un análisis descriptivo de los resultados obtenidos para establecer conclusiones y contrastar las mismas con las hipótesis preestablecidas.

#### **3.1. Metodología.**

La investigación está basada en la información cuantitativa recogida en un Centro de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Logroño del mes de noviembre al mes de abril.

### **3.1.1. Muestra.**

La información recogida ha sido de un total de 133 usuarios con los que se realizaron 289 entrevistas. La muestra ha sido recogida de manera aleatoria en el tiempo, siendo los sujetos todos los usuarios que acudieran en aquel periodo temporal delimitado. Ésta es de tipo no probabilística ya que no cuenta con un marco y no es representativa.

Adrede no se realiza una descripción de las características concretas de la muestra, puesto que ésta supone el total de la población y, por tanto, las características principales son demasiado heterogéneas como para pretender realizar una enumeración.

### **3.1.2. Herramienta: cuestionario de encuesta.**

El cuestionario fue creado en exclusiva para el estudio de los usuarios de los Centros de Servicios Sociales de Logroño, a los cuales se ha tenido acceso gracias al periodo de prácticas curriculares. En el espacio temporal de tres meses, se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de los tipos de entrevista social, la metodología utilizada en la misma y la propia intervención social realizada por trabajadores sociales en Servicios Sociales de Primer Nivel. Además, se han mantenido entrevistas con profesionales y expertos del sector que han aportado su visión crítica, su experiencia profesional y elementos bibliográficos destacables como la obra de Cristina de Robertis.

El instrumento creado es de metodología cuantitativa y responde a la forma de un cuestionario o registro. La razón de elección de la metodología cuantitativa ha sido para su posterior tabulación en un programa informático especializado y sabiendo de antemano que el grueso de información recogida iba a ser notorio.

Este cuestionario ha contado con preguntas de varios tipos que miden variables nominales: preguntas cerradas, con múltiple respuesta, preguntas filtro y directas. Se puede encontrar en el anexo I.

### **3.1.3. Procedimiento.**

El resultado de dicho trabajo ha sido el cuestionario utilizado, que, por su característica de exclusividad a este proyecto, responde exactamente a los objetivos planteados y proporciona información eficaz para la creación de datos pertinentes y veraces.

Para rellenar dicho instrumento se ha optado porque fuera su autora quien lo hiciera durante, o al final, de las entrevistas mantenidas con los usuarios. La finalidad de esta metodología

ha sido evitar la reactividad en los usuarios, especialmente ante una persona a la que apenas conocen, y lograr la máxima naturalidad posible en el transcurso de las entrevistas para obtener información fiable y ajustada a la realidad.

### 3.2. Resultados.

A continuación, se van a detallar los resultados estadísticos de la recogida de información de un total de 289 entrevistas cuya información se ha recogido al completo gracias a la herramienta cuantitativa. Se va a proporcionar información cuantitativa y un análisis de la misma en cuanto a sexo, perfil y país de origen de los usuarios; el número de entrevistas que se realiza con cada uno de ellos; la demanda que manifiestan; se atenderá a si la intervención con ellos responde a gestión de recursos o a intervención social y se prestará especial atención al tiempo de duración de cada entrevista.

Para comenzar, se muestra en la primera tabla la clasificación de entrevistas según su realización o no.

Tabla 1.

*Frecuencia y porcentaje de entrevistas según realización efectiva.*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Realizadas</b>	239	82,70%
<b>No realizadas</b>	50	17,30%
<b>Total</b>	<b>289 entrevistas</b>	<b>100%</b>

Se puede comprobar que, de las mismas, tan sólo se llegó a realizar un 82,70% por lo que, en la mayoría de los resultados que se mostrarán en los siguientes apartados se realizarán sobre un total de 239 entrevistas. Si bien en los apartados referidos al perfil del usuario se tomará como total 133, ya que es la frecuencia de usuarios distintos para la información recogida.

#### 3.2.1. Sexo, perfil y país de origen.

Los 133 usuarios que han acudido al Centro de Servicios Sociales en este periodo temporal son de ambos sexos, pertenecientes a numerosos perfiles y de distintos orígenes. Comenzando por el sexo, la siguiente tabla muestra cuál ha sido el total de atenciones para cada sexo en este periodo temporal.

Tabla 2.

*Frecuencia y porcentaje de usuarios según sexo.*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Mujer</b>	86	64,66%
<b>Varón</b>	47	35,34%
<b>Total</b>	<b>133 usuarios</b>	<b>100%</b>

Se pone de manifiesto que el 64,7% de los usuarios atendidos son mujeres, suponiendo una gran diferencia respecto de los varones, que únicamente suponen la mitad.

Los usuarios han sido clasificados de acuerdo a unos perfiles preestablecidos según la red de apoyo de la que dispongan o de la importancia de su necesidad social (creando categorías únicas para las víctimas de violencia de género y las personas con enfermedad mental). A continuación, se presenta una tabla que muestra la frecuencia y los porcentajes del tipo de perfil atendido.

Tabla 3.

*Frecuencia y porcentaje de usuarios según tipo de perfil atendido.*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Unidad familiar</b>	69	51,88%
<b>Personas mayores</b>	26	19,55%
<b>Personas con enfermedad mental</b>	4	3,01%
<b>Personas solas menores de 65 años</b>	32	24,06%
<b>Víctimas de violencia de género</b>	2	1,5%
<b>Total</b>	<b>133 usuarios</b>	<b>100%</b>

Como se puede comprobar, la unidad familiar es el perfil más atendido, seguido de cerca por las personas solas menores de 65 y las personas mayores. Mucho más lejanos en frecuencia se encuentran las personas con enfermedad mental y las víctimas de violencia de género.

En cuanto al origen, las frecuencias y porcentajes sobre el total son las que se puede observar en la tabla 4.



Tabla 4.

*Frecuencia y porcentaje de usuarios según país de origen.*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>España</b>	82	61,07%
<b>Latinoamérica</b>	24	17,85%
<b>África</b>	8	6,08%
<b>Asia</b>	14	10,43%
<b>Resto de Europa</b>	5	4,57%
<b>Total</b>	<b>133 usuarios</b>	<b>100%</b>

La mayoría está compuesta por usuarios nacidos en España. Incluso el segundo origen más frecuente, Latinoamérica, representa apenas un 17% frente al sólido 61% que suponen los usuarios autóctonos. Además, se ha categorizado la pertenencia a dos minorías étnicas, la árabe y la gitana, para comprobar su peso en la realidad social de la atención primaria. Sus frecuencias ascienden a 16 y 5, respectivamente, lo que apenas supone un 15,79% del total de usuarios atendidos por lo que no se ha incluido una tabla específica para mostrar dichas categorías.

Se plantea necesario, en este punto, la creación de una tabla cruzada de datos que exponga cómo se relaciona el tipo de perfil del usuario con su origen. La tabla resultante se encuentra debajo del presente párrafo.

Tabla 5.

*Frecuencia del origen según tipo de perfil.*

	<b>España</b>	<b>Latinoamérica</b>	<b>África</b>	<b>Asia</b>	<b>Resto de Europa</b>
<b>Unidad familiar</b>	31	18	6	10	4
<b>Personas mayores</b>	25		1		
<b>Personas con enfermedad mental</b>	4				
<b>Personas solas menores de 65 años</b>	22	5	1	3	1
<b>Víctimas de violencia de género</b>		1		1	

En todos los orígenes observados el perfil más numeroso es el de unidad familiar, seguido de persona sola menor de 65 o, lo que es lo mismo, usuarios adultos sin red de apoyo. Destaca la

inexistencia de víctimas de violencia de género de origen autóctono en este periodo temporal, así como la ausencia de usuarios con enfermedad mental de origen extranjero.

### 3.2.2. Número de entrevistas.

Como ya se ha comentado, con los 133 usuarios conocidos en el periodo temporal establecido, se mantienen 289 entrevistas. Para proporcionar una mayor fiabilidad a la realidad estadística que se pretende detallar, en la tabla 6 se han incluido también usuarios que no acudieron a alguna de las entrevistas programadas.

Tabla 6.

*Frecuencia y porcentaje de usuarios según número de entrevistas.*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>0</b>	10	7,52%
<b>1</b>	54	40,60%
<b>2</b>	37	27,82%
<b>3</b>	19	14,29%
<b>4</b>	11	8,27%
<b>5</b>	1	0,08%
<b>6</b>	1	0,08%
<b>Total</b>	<b>133 usuarios</b>	<b>100%</b>

El grueso porcentual se encuentra entre 1 y 3 entrevistas por usuario, si bien es necesario tener en cuenta que se ha considerado como primera entrevista la primera vez que aparece un usuario X una vez comenzado el proceso de recogida de información y que este mismo usuario, en la mayoría de los casos, contaba con un número de entrevistas N ya realizadas con el mismo u otro trabajador social en el mismo u otro Centro de Servicios Sociales.

Se va a presentar seguidamente una tabla cruzada de los datos obtenidos en cuanto al tipo de perfil según el número de entrevistas que han mantenido en el Centro de Servicios Sociales. Su razón es conocer qué perfil acude más frecuentemente.

Tabla 7.

*Frecuencia de número de entrevistas según tipo de perfil.*

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Unidad familiar</b>	5	23	19	13	7	1	1
<b>Personas mayores</b>		16	10				

<b>Personas con enfermedad mental</b>	1	2	1				
<b>Personas solas menores de 65 años</b>	4	13	6	6	3		
<b>Víctimas de violencia de género</b>	1	1					
	10	54	37	19	11	1	1

De nuevo, la unidad familiar y las personas solas menores de 65 años integran el grueso del número de entrevistas mantenidas en el Primer Nivel de atención. Las personas mayores se mantienen entre 1 ó 2 entrevistas, respondiendo al patrón de explicación y gestión de recursos y servicios del ámbito de la dependencia, que necesita de sendas entrevistas o, incluso, de una visita a domicilio.

### 3.2.3. Demanda explícita.

La demanda explícita hace referencia a aquella expresada por el usuario durante el transcurso de la entrevista o, bien, expresada como motivo principal de su citación. Para tomar esta información se han dejado hasta cinco demandas explícitas, si bien en ningún caso se han expresado más de tres. Es este mismo motivo el que tiene como consecuencia que la suma de los porcentajes que se van a observar a continuación sea mayor al 100%. En la tabla siguiente se expresa el sumatorio para cada tipo de demanda.

Tabla 8.

*Suma de frecuencia y porcentaje de entrevistas según tipo de demanda.*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Económica</b>	92	38,49%
<b>Dependencia</b>	83	34,73%
<b>Laboral / formativa</b>	12	5,02%
<b>Información, orientación y valoración</b>	59	24,69%
<b>Orientación familiar / intervención</b>	46	19,25%
<b>Sin demanda</b>	38	15,90%

La tabla mostrada destaca que la demanda explícita recae en recursos concretos, especialmente en recursos de temática económica. Es esta información la que refuerza la imagen burocratizada y economizada de los Servicios Sociales de Primer Nivel. Si bien es cierta su importancia, ya que los recursos económicos suponen un soporte importante para muchas

personas y familias en situación de necesidad, no suponen el grueso de intervenciones realizadas, como se va a ir concretando.

Además, se ha recogido información de la metodología utilizada en cada atención, que se muestra en la tabla siguiente.

Tabla 9.

*Frecuencia y porcentaje de entrevistas según metodología utilizada.*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Primera entrevista:</b>		
<b>información para establecer curso de acción</b>	40	16,74%
<b>Formalización de recursos</b>	55	23,01%
<b>Derivación y orientación hacia recursos</b>	40	16,74%
<b>Seguimiento</b>	98	41,01%
<b>Entrevista de cierre</b>	6	2,50%
<b>Total</b>	<b>239 entrevistas</b>	<b>100%</b>

Se pone de manifiesto de forma clara que el grueso de entrevistas realizadas es de seguimiento, que incluye metodología de establecimiento y realización de cambios o acompañamiento, entre otras, según las necesidades y demandas de los usuarios. En segundo lugar, según mayor frecuencia, está la formalización de recursos, seguido de las primeras entrevistas y la derivación. Finalmente, aparecen seis entrevistas en las que se ha dado por terminada la atención, si bien en estas no están incluidas aquellos usuarios con los que se ha gestionado un recurso y no se prevé su regreso al Centro de Servicios Sociales.

#### **3.2.4. Gestión de recursos.**

Gracias a la información que se va a mostrar en la siguiente tabla, se comprueba que la totalidad de entrevistas, y usuarios, pueden ser clasificadas en dos grandes grupos dicotómicos: aquellas en las que la ha primado la gestión de recursos y aquellas en las que el principal recurso es el propio trabajador social y la relación de ayuda. Aun así, es necesario denotar que la clasificación en uno u otro grupo no excluye la posibilidad de la existencia de características del grupo restante. Se ha atendido a cuál de las dos tiene más peso en cada atención concreta. Al igual que en la demanda explícita, se han dejado hasta cinco opciones de recursos, lo que conlleva que la suma de los porcentajes que a continuación se muestran sea mayor al 100%.

Tabla 10.

*Frecuencia y porcentaje de entrevistas según tipo de recurso.*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Ayudas económicas</b>	72	30,13%
<b>Recursos de dependencia</b>	41	17,15%
<b>Informes técnicos</b>	34	14,23%
<b>Total</b>	<b>105 entrevistas</b>	<b>43,93%</b>

Como se puede observar, el total de entrevistas mantenidas con esta clasificación de usuarios es ligeramente inferior a la mitad, lo que supone que sean los menos numerosos en la atención diaria. Este porcentaje ayuda a derrocar la idea generalizada de que la labor en los Servicios Sociales de Primer Nivel está excesivamente burocratizada. En cuanto a la gestión real de recursos, los de temática económica son los más aplicados de todos, seguidamente se encuentran los recursos y servicios establecidos en la comúnmente denominada Ley de Dependencia y los informes técnicos, por los que entendemos aquellos dirigidos al Departamento de Menores, Inmigración o Renta de Ciudadanía, entre otros. Cabe mencionar que en ningún caso se ha alcanzado la gestión de cuatro ni cinco recursos, si bien, por ejemplo, los recursos del ámbito de la dependencia están considerados como un único recurso, aunque puedan incluir numerosos servicios y prestaciones diferenciados.

### **3.2.5. Intervención social.**

El segundo grupo en el que se puede clasificar la totalidad de los usuarios atendidos en este estudio es, precisamente, el de intervención social. Estos usuarios suponen la vasta mayoría y han sido clasificados según el tipo de intervención realizada con ellos, atendiendo qué ámbitos son los más atendidos por el trabajador social según la necesidad social del usuario. Al igual que en los datos de demanda y tipo de recurso, se ha dejado hasta cinco opciones de respuesta para la tipología, lo que, de nuevo, provoca que el sumatorio porcentual sea mayor al 100%. Observando ya una de las primeras diferencias con la clasificación anterior, en el caso de la intervención social sí que se han llegado a recoger hasta cinco opciones de tipología.

Tabla 11.

*Frecuencia y porcentaje de entrevistas según tipo de intervención social.*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Apoyo emocional</b>	105	43,93%
<b>Mediación</b>	1	0,04

<b>Prevención</b>	22	9,21%
<b>Establecimiento de objetivos</b>	21	8,79%
<b>Promoción de la autonomía</b>	11	4,60%
<b>Orientación familiar</b>	45	18,83%
<b>Indagación de hechos y valoración</b>	24	10,04%
<b>Clarificación de la demanda, necesidades e intereses</b>	36	15,06%
<b>Acompañamiento</b>	12	5,02%
<b>Información, valoración y orientación hacia recursos</b>	66	27,62%
<b>Total</b>	<b>134 entrevistas</b>	<b>56,07%</b>

El tipo de intervención más frecuente en estas entrevistas es el apoyo emocional, el soporte básico de la relación de ayuda establecida entre usuario y trabajador social. Mucho más alejado, pero segundo en frecuencia, está la labor de IVO – información, valoración y orientación hacia recursos –, tras lo cual se encuentra la orientación familiar y, hasta el final, clarificación de la demanda y las necesidades, indagación de hechos y valoración, prevención, establecimiento de objetivos, acompañamiento, promoción de la autonomía y, a la cola, la mediación. Es comprensible encontrar esta categoría en última posición puesto que, actualmente, existen recursos específicos dentro del ámbito judicial que la realizan.

Conviene conocer cómo se reparte la tipología de intervención social según el sexo del usuario, ya que ayuda a comprender en qué se diferencian las necesidades sociales de mujeres y hombres y puede servir de guía para la mejora continua de la atención.

Tabla 12.

*Frecuencia media de sexo según tipo de intervención.*

	<b>Mujer</b>	<b>Varón</b>
<b>Apoyo emocional</b>	82	23
<b>Mediación</b>	1	
<b>Prevención</b>	18	4
<b>Establecimiento de objetivos</b>	16	5
<b>Promoción de la autonomía</b>	9	2
<b>Orientación familiar</b>	37	8

<b>Indagación de hechos y valoración</b>	21	3
<b>Clarificación de la demanda, necesidades e intereses</b>	25	11
<b>Acompañamiento</b>	10	2
<b>Información, valoración y orientación hacia recursos</b>	41	25

Como se puede comprobar en la tabla anterior, los varones acuden en mayor frecuencia por una necesidad de información y coinciden con las mujeres en precisar una atención emocional y personal importante. Los varones continúan en una atención destinada a clarificar su propia demanda, necesidades e intereses; mientras que las mujeres acuden con la predeterminación de solicitar orientación e intervención familiar. A continuación, se muestra la información cruzada del sexo con la referente al perfil del usuario.

Tabla 135.

*Frecuencia de tipo de perfil según sexo.*

	<b>Mujer</b>	<b>Varón</b>
<b>Unidad familiar</b>	52	16
<b>Personas mayores</b>	18	8
<b>Personas con enfermedad mental</b>	3	1
<b>Personas solas menores de 65 años</b>	10	22
<b>Víctimas de violencia de género</b>	2	

Comprobamos, efectivamente, que las mujeres acuden en su mayoría por problemáticas en su ámbito familiar mientras que los hombres acuden en calidad de adultos sin red de apoyo. No es desdeñable, tampoco, el número de varones que acuden en representación de su unidad familiar, sin embargo, su frecuencia sigue siendo mucho menor a la de las mujeres.

### **3.2.6. Tiempos de entrevista.**

También se ha prestado especial atención a la duración temporal de las entrevistas, clasificándolas en intervalos de duración: aquellas que duran menos de media hora, entre media

hora y una hora y más de una hora. Se han creado dos tablas diferenciadas, la primera responde a las entrevistas según el recurso y la segunda las entrevistas según la intervención realizada.

Tabla 14.

*Frecuencia y porcentaje de entrevistas de gestión de recursos según duración.*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje sobre la gestión de recursos</b>	<b>Porcentaje sobre el total de entrevistas</b>
<b>Hasta media hora</b>	75	71,43%	31,38%
<b>Entre media hora y una hora</b>	25	23,81%	10,46%
<b>Más de una hora</b>	5	4,76%	2,09%
<b>Total</b>	<b>105 entrevistas</b>	<b>100%</b>	<b>43,93%</b>

Se pone de manifiesto que, en esta tipología de atenciones, predomina una duración menor a media hora. Sin embargo, existe una frecuencia también importante en aquellas que duran entre media hora y una hora, siendo las de más de una hora la excepción. El total porcentual mostrado en la posición central de la tabla indica el porcentaje que supone cada duración categorizada en el total de entrevistas en las que predomina la gestión de recursos.

Por otro lado, las entrevistas en las que el trabajador social es el único recurso suponen más de la mitad, y en la tabla siguiente se muestra cómo se dividen de acuerdo a la duración estipulada. De nuevo, los porcentajes en el centro de la misma están calculados sobre el número de entrevistas de intervención y, a su derecha, sobre el número de entrevistas total.

Tabla 15.

*Frecuencia y porcentaje de entrevistas de intervención social según duración.*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje sobre la intervención</b>	<b>Porcentaje sobre el total de entrevistas</b>
<b>Hasta media hora</b>	53	39,55%	22,18%
<b>Entre media hora y una hora</b>	55	41,04%	23,01%
<b>Más de una hora</b>	26	19,40%	10,88%
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>100%</b>	<b>56,07%</b>



Las entrevistas en las que se realiza una intervención tienen una duración mayor a las de gestión de recursos, como comprobamos observando los porcentajes de la tabla anterior. Existe un mayor reparto de las frecuencias, predominando la duración de entre media hora y una hora. Por detrás están las entrevistas de menos de media hora de duración y, finalmente, las de más de una hora de duración.

### 3.2.7. Metodología de la entrevista.

Por último, pero no menos importante, se categorizaron las entrevistas según su finalidad. Esta categorización dio lugar a seis modalidades excluyentes entre sí que pretendían dar con mayor claridad una imagen acerca, especialmente, del acceso a recursos y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales y del peso que supone en cada grupo de atención el diagnóstico de demandas y necesidades. Así, en la tabla siguiente podemos observar una tabla cruzada que plasma el tipo de intervención social según la metodología utilizada en la entrevista.

Tabla 16.

*Frecuencia de tipo de intervención social según metodología de entrevista.*

	Información, orientación y derivación	Formalización de recursos	Seguimiento	Diagnóstico	Intervención terapéutica	Entrevista final
Apoyo emocional	23	19	21	15	26	1
Mediación	1					
Prevención	1	4		5	12	
Establecimiento de objetivos	3	3	6	2	7	
Promoción de la autonomía		3	3		5	
Orientación familiar	7	3	10	10	15	
Indagación de hechos y valoración	9	4	3	3	5	
Clarificación de la demanda, necesidades e intereses	12	3	8	2	11	
Acompañamiento	4	1	1		6	
Información, valoración y orientación hacia recursos	30	12	8	10	5	1

Como podemos observar, por tratarse el apoyo emocional de la rúbrica más frecuente en las entrevistas de intervención social, también es la mayor en las distintas categorías de metodología que hemos creado. Igualmente, tanto la metodología como la técnica de IVO (información, valoración y orientación hacia recursos) confluyen en el mayor número de casos, como es comprensible. Por otro lado, destacan la prevención y la orientación familiar en entrevistas de intervención social terapéutica. También destaca conocer que la metodología más utilizada en este tipo de entrevistas es la intervención social terapéutica en primer lugar, seguida de la función de IVO y la formalización de recursos, lo cual sustenta el hecho de que clasificar ciertos usuarios como pertenecientes al grupo de intervención social no excluye necesariamente su acceso a recursos y prestaciones del Catálogo.

En cuanto a lo que entrevistas de gestión de recursos se refiere, se muestra la tabla cruzada con la metodología de las entrevistas a continuación.

Tabla 17.

*Frecuencia de tipo de recurso según metodología de entrevista.*

	Información, orientación y derivación	Formalización de recursos	de Seguimiento	Diagnóstico	Intervención terapéutica	Entrevista final
<b>Ayudas económicas</b>	21	35	11		5	
<b>Recursos de dependencia</b>	13	16		5	1	
<b>Informes técnicos</b>	12	15		5	1	1

Siendo una tabla más sencilla de interpretar que su predecesora, queda claramente de manifiesto que la información, orientación y derivación y la formalización de recursos quienes caparan las mayores frecuencias de casos atendidos. En este caso, es la formalización de recursos la categoría líder, seguida, de nuevo, por la función de IVO.

### 3.3. Conclusiones de la parte empírica.

Las conclusiones que podemos obtener de la parte empírica, del estudio realizado, se van a presentar diferenciadas de la discusión y conclusiones del Trabajo de Fin de Grado en su totalidad, puesto que se trata de conclusiones más específicas y cuantitativas de lo que las otras deban serlo y es necesario no olvidarlas ni dejar que se pierdan por englobarse dentro de apartados mucho más amplios.

Para comenzar, es necesario prestar atención a las tablas 2, 3 y 4 que proporcionan un perfil medio de usuario de atención primaria. Éste se resume en una mujer, de origen autóctono,

y que acude en representación de su unidad familiar. Se puede añadir que, en un periodo temporal de tres meses, cada usuario tiene una media de 1 ó 2 entrevistas. Gracias a estos datos ya es posible hacer una conclusión importante: **la atención primaria atiende a más mujeres que varones**. Además, la tabla 1 expone cómo los números en la atención primaria son bastante halagüeños: en tres meses tan sólo un 17,30% de las entrevistas no han llegado a realizarse.

Prestando especial atención a la tabla 4, se encuentran los porcentajes divididos según el origen de cada usuario. Otra de las conclusiones que podemos obtener es contingente a estos datos: **no, la mayoría de usuarios no son de origen extranjero, sino nacional**. Asimismo, se puede conocer gracias a la tabla 5 cómo se reparten de acuerdo a los perfiles preestablecidos ya comentados. La mayoría, de nuevo, son unidades familiares y personas sin red de apoyo menores de 65 años. Apenas existe presencia de orígenes extranjeros en los restantes perfiles. Se puede asumir que esto ocurre debido al fenómeno de la inmigración y la reagrupación.

Gracias a las tablas 7 y 8 se puede considerar que **existen dos grandes grupos de atención** en los cuales se dividen la totalidad de los usuarios de un Centro de Servicios Sociales. Estos grupos se clasifican según qué tipología de atención tiene más peso en las entrevistas mantenidas con el usuario y responden a, por un lado, **la gestión de recursos y prestaciones** del Sistema Público de Servicios Sociales y, por otro, a **la intervención social**. De un total de 289 entrevistas, la distinción entre ambas no es demasiado notoria, ascendiendo su frecuencia total a 105 y 134 respectivamente. El perfil medio obtenido es el mismo en ambos casos también. Como ya se ha destacado, la clasificación en uno u otro grupo no excluye de manera absoluta la existencia de actuaciones del grupo restante, sino que se ha atendido a qué actuación realizada por el trabajador social de base tiene más importancia en la atención a cada usuario concreto. Es decir, la existencia de usuarios de intervención social no quiere decir que, a éstos, en un determinado momento del proceso de intervención, no se les ayude en la gestión de una ayuda económica, un informe técnico o un recurso del ámbito de la dependencia; sino que estos recursos y servicios no constituyen el grueso de las acciones realizadas.

En la tabla número 16 se puede observar cómo se relacionan los distintos recursos con el tipo de intervención. Esta tabla ha sido realizada gracias a una pregunta concreta en el registro que recogía la metodología de la entrevista realizada, más allá de la gestión o no de recursos o la tipología de intervención realizada. Se puede comprobar que **la formalización de recursos está presente en todos los tipos de intervención social realizados**, si bien destacan en el apoyo emocional. Se puede deducir que las problemáticas sociales que afectan a usuarios de los CSS suponen un gran estrés emocional y una situación de ruptura con la normalidad deseable por cualquier persona.

Gracias a esta tabla se puede también observar que **la frecuencia mayoritaria es la que responde a las entrevistas de intervención terapéutica**. Cruzando esta misma información con la gestión de recursos, tabla 17, se pueden establecer diferencias más concretas entre ambos grupos de atención. Efectivamente, muestra cómo la formalización de recursos constituye la metodología más extendida, seguida de la función de IVO. Destacan, en este caso, el seguimiento en ayudas económicas, propio de un sistema que no otorga prestaciones económicas de forma gratuita y exige un compromiso del usuario con su proceso progresivo de independización y autonomía. Esta misma premisa se deduce de aquellas entrevistas en las que se realiza una intervención terapéutica puntual y que, como se observa en comparación con la tabla precedente, son escasas.

Otra de las mayores diferencias que se pueden ver entre los dos grandes grupos clasificatorios es la duración de las entrevistas. **Por la naturaleza del proceso de intervención**, como muestra la tabla 14, **estas entrevistas se alargan bastante más en el tiempo**. El por qué se ha de buscar en la necesidad de seguir una estrategia metodológica que delimite la demanda del usuario, si es que la tiene, o indagar en cuál es la problemática manifestada y donde reside la demanda. Además de establecer una propuesta de acción que logre la satisfacción de su necesidad o necesidades sociales. En el desarrollo de estas entrevistas de intervención se produce una conversación fluida en la que el usuario no delimita la información que proporciona, sino que, por el contrario, sigue su hilo de pensamiento. Por ello, el trabajador social, además, tiene la necesidad ocasional de reconducir la conversación hacia la situación conflicto para evitar un exceso en la recogida de información. Añadido a esto, y a pesar de no haber sido tipificado en el registro realizado, el profesional muestra una tendencia a preparar la entrevista con antelación, para promover el cumplimiento y el avance hacia los objetivos establecidos. Ello implica una nueva inversión de tiempo dedicada en exclusiva a las entrevistas de intervención. Con los usuarios de gestión de recursos, por el contrario, no se realiza una preparación tan contundente como con sus opuestos: éstos acuden con una demanda muy concreta para la cual ya conocen de antemano la propuesta de resolución. En los excepcionales casos, en la tabla 13, en los que estas entrevistas duran más de media hora, el alargamiento responde normalmente a una situación de dependencia sobrevenida y para la cual es necesario explicar qué servicios y prestaciones existen y los procedimientos a resolver para su adquisición. La explicación del concepto de dependencia, su diferencia con discapacidad y minusvalía, los distintos servicios y prestaciones y de cómo puede adaptarse cada uno a la situación individual de la persona dependiente requiere de un mayor tiempo que garantice el entendimiento por parte del usuario y/o su familia para tomar una decisión con toda la información disponible. Es además necesario mostrarse como un profesional cercano y un apoyo emocional en el caso de que estas situaciones, si bien tienen una resolución más fácil

de lo que se podría considerar respecto de las intervenciones sociales, se atasquen y ocasionen problemas familiares y personales a la persona dependiente y su unidad familiar más inmediata.

Para concluir queda manifiesta y rotundamente claro que **la principal función de los Servicios Sociales de Primer Nivel no corresponde a la gestión de recursos económicos sino a la intervención social individual y familiar.**

## **4. Discusión y conclusiones.**

A pesar de que, en muchos casos, la discusión y las conclusiones de un trabajo se presentarán englobando también datos de la parte empírica, he creído conveniente no realizar así el mío, pues creo que se pierde el hilo del trabajo que he realizado. Por ello, recogeré en los párrafos que continúan datos relevantes de la parte empírica y conclusiones sacadas de los mismos, si bien pretendo que se trate de una conversación mucho más general sobre los diversos apartados e informaciones que este trabajo conforma.

### **4.1. Discusión.**

Tras conocer cuestiones teóricas y empíricas a lo largo de estas páginas, nos podemos acercar a las conclusiones que voy a comentar a continuación.

#### **4.1.1. Acerca del Sistema Público de Servicios Sociales.**

Los Centros de Servicios Sociales suponen la puerta de entrada al Sistema Público de Servicios Sociales de cara a los usuarios. A pesar de que el trabajo presente se ha centrado únicamente en el municipio de Logroño, en tantos otros municipios estos mismos centros cumplen con la misma labor, al igual que sus homólogos en las mancomunidades. De buenas a primeras, definir qué se realiza en un centro de estas características, perteneciente a un pilar del Estado del Bienestar que sabemos que existe, pero cuya labor no conocemos realmente demasiado bien, es una tarea ardua. En Logroño, capital de Comunidad Autónoma, estos centros cuentan, obviamente, con trabajadores y trabajadoras sociales y, además, con diferente personal de lo social que varía según la zona en la que el centro de referencia se halle. Así, en el centro estudiado conviven cinco trabajadoras sociales, tres educadores sociales y demás personal laboral; mientras que en otros los números varían, incluyen psicólogos, asistencia técnica...

La atribución de una finalidad concreta al Sistema de Servicios Sociales ha sido durante mucho tiempo objeto de revisión bibliográfica, no sólo por mi parte sino también por mis compañeros estudiantes y por profesionales de la disciplina del Trabajo Social que buscan una manera sencilla de explicar a qué se dedican en el ámbito público. En mi opinión, es fácil adherirse a la teoría promulgada en las universidades de que los Servicios Sociales se encargan de responder a “necesidades sociales” pero, seamos claros, aquellas denominadas necesidades sociales pueden ser más o menos translúcidas para público especializado, pero se trata de una pared completamente opaca para la ciudadanía no especializada. No hace mucho se viralizó entre los profesionales de la disciplina una carta de un médico de cabecera que ponía de manifiesto cómo

en su consulta se atendía constantemente a personas con problemáticas que no eran del ámbito de la salud. Este profesional reivindicaba el papel del trabajador social en los primeros niveles de atención social y el reconocimiento de su labor para, precisamente, atender las necesidades que le corresponden y que la ciudadanía desconoce. En un artículo similar, Pérez (2018) plasma cómo los profesionales de la sanidad advierten que la inexistencia y el desconocimiento hacia la labor de los trabajadores sociales está provocando que personas mayores y en situación de soledad acudan de forma recurrente a las consultas médicas en busca de aliviar sus problemáticas que, en realidad, son de tipo social. Hablamos en este punto de problemas de soledad que pueden ser somatizados en dolencias físicas al no encontrarles remedio, por ejemplo. Si observamos la parte empírica del presente Trabajo de Fin de Grado, tabla 5, nos damos cuenta de que la frecuencia de usuarios sin red de apoyo menores de 65 años que acuden con regularidad al Centro de Servicios Sociales es alarmante, especialmente si caemos en la conclusión de que serán precisamente estos usuarios quienes engrosen los números de personas de la tercera edad en situación de soledad. Actualmente se trata de un problema que comienza a ser estudiado y, aunque no es el objeto concreto de mi estudio, me parece importante recalcar.

La Ley de Dependencia (2006) supuso un gran paso en el reconocimiento social del sistema, por fin la ciudadanía conocía recursos concretos que les atañían de forma directa o semidirecta y los cuales eran relativamente fáciles de entender. Sin embargo, y a pesar de que el conocimiento de su existencia es común a toda la población, todavía no estamos seguros a nivel social de que esos recursos que pueden ayudar a nuestros mayores y a las personas con discapacidad que conocemos sean exclusivamente materia de los trabajadores sociales. Se ve en la actividad diaria del Centro de Servicios Sociales. Las familias acuden, con cierto recelo, a un centro al que les ha orientado alguien de su Centro de Salud de referencia, en búsqueda de algo que saben que les corresponde y es un derecho propio, pero aún se sienten con necesidad de pelear y defender que se lo otorguen. La actitud de las familias, no se me malinterprete, en su vasta mayoría, es muy abierta a las opciones, fruto de la desesperación, la incomodidad y la ignorancia ante una situación de dependencia en su seno familiar. Si pensamos en adultos mayores, nunca es fácil para un hijo o un sobrino ver a quienes han considerado por encima de ellos caer hasta ser dependientes de sus decisiones. Si hablamos de menores y adultos jóvenes con discapacidad, la situación emocional de las familias suele ser bastante más complicada. En la encrucijada que supone, por un lado, explicar cómo funciona el Sistema Público de Servicios Sociales y, por otro, a qué recursos tiene derecho con sus características la persona dependiente se añade, además, la necesidad de cubrir aquello que el sistema no cubre por falta de presupuesto, centros o servicios especializados. Es relativamente sencillo recurrir a un Centro de Atención Residencial cuando la persona mayor no puede cuidar de sí misma y sus allegados tienen, a su vez, responsabilidades propias que les impiden su cuidado; pero, sin embargo, no es tan fácil cuando la familia demanda

recursos que posibiliten dicha conciliación y el sistema, simplemente, no llega a más. El trabajador o trabajadora social se ve envuelto en una situación en la que no sólo ha de explicar hasta dónde llega el sistema y hasta dónde no, sino que es el objeto receptor de la frustración de los familiares y usuarios.

#### **4.1.2. En lo que concierne al perfil de usuario de los Centros de Servicios Sociales.**

Anteriormente a la promulgación de la Ley de Dependencia, los Servicios Sociales eran considerados una especie de sistema malévolo, oscuro, destinado a la clase social más baja, a los desechos sociales y a las malas madres que el Estado alejaba de sus hijos por no saber cuidar de ellos. A la mayoría de la población no le tocan de cerca situaciones tan extremas de necesidad, no muchos de nosotros tratamos cotidianamente con personas que no tienen hogar más allá de cuando, a la salida de los supermercados, una persona sentada en la puerta nos pide el cambio suelto de la compra. Con el tiempo, los periodos de crisis económica han ido abriendo las puertas de este sistema a más gente y a cada vez más personas de origen extranjero. Las grandes oleadas de inmigración han provocado un incremento en la atención de la población hacia el Sistema Público de Servicios Sociales, que han vuelto la cabeza hacia el mismo y se han comenzado a preguntar cómo es posible que un sistema que no evita que los suyos pasen por situaciones de necesidad esté protegiendo a gente ajena al propio sistema. Incluso yo misma, tras tres años de formación, creía que, a pesar de todo, las personas de origen extranjero debían ser indudablemente las más atendidas en el Primer Nivel de Servicios Sociales. El estudio realista de la atención culminó, de acuerdo a la tabla 4, en unos resultados que me dieron en las narices y me descubrieron que bastante más de la mitad de la atención, el **61,07%**, concretamente, iba en exclusiva dirigida a la población autóctona. También descubrí, por medio de casos reales, que el Estado de Bienestar no ofrece un sistema de acceso abierto a las personas inmigrantes en el seno de la intervención pública. Los requisitos actuales son muchos, muy rígidos y muy dirigidos a personas en situación regular en el país. El estereotipo predominante del acceso de la población extranjera a las ayudas económicas es un problema multidimensional necesario de abordar en su contexto. Por un lado, las personas inmigrantes, según el Instituto Nacional de Estadística (2018), tienen una mayor tasa de desempleo (de 7,4 puntos por encima de la tasa nacional), por lo que su necesidad económica, a grandes rasgos, es mayor. Además, en el acceso al mercado laboral, se ven obligados a enfrentarse a situaciones de racismo, precariedad y abuso. En el transcurso de mi estancia en el Centro de Servicios Sociales de Logroño han sido varias las personas, en su mayoría mujeres, que se han negado a recibir formación en empleos de cara al público puesto que su apariencia, su acento o sus características físicas son marcadamente diferentes a las autóctonas y



consideran que es perder el tiempo, puesto que nunca las van a contratar y, en caso de ser así, se van a tener que enfrentar a discriminaciones constantes. Por lo tanto, no es sólo su acceso más complicado que para los autóctonos, sino que, en el proceso de su inclusión en la vida social normalizada (y, por tanto, ajena al sistema de protección) deben enfrentar muchos más obstáculos que éstos.

El desconocimiento social de esta labor tiene, a mi entender, consecuencias directas en el desarrollo social global y en la cohesión de la comunidad en la que todos estamos inmersos. Al igual que ocurre con disciplinas sociales como la Psicología, todo lo relacionado con recibir ayuda externa para problemáticas intangibles está rodeado de especulaciones y estereotipos de todo tipo. En mi opinión, tiene mucho que ver con la definición que realiza Adela Cortina de la “aporofobia” o rechazo al pobre. Es indudable que el mayor estereotipo existente en torno a los Servicios Sociales de Primer Nivel, porque en lo que se refiere a la atención especializada realmente no es así, tiene que ver con la concepción que tenemos de nosotros mismos, nuestra clase social y el rechazo al cambio de estatus que pueda suponer. Es por ello, y no casualidad, que las personas de origen extranjero sean la cara más visible de los Servicios Sociales: a ellos, que no los tratamos, no los conocemos, no nos importa culparlos como creadores de sus desgracias, no son iguales que yo por lo que su caída a la clase social más baja no puede ocurrirme a mí. Sin embargo, es **absolutamente necesario** comenzar a desechar la idea de que los Servicios Sociales están dedicados únicamente a las personas en situaciones más extremas. El Sistema Público de Servicios Sociales busca la resolución de los problemas sociales de la ciudadanía, somos seres sociales, vivimos en sociedad, es imperativo que entendamos en qué nos puede ayudar nuestra trabajadora social de referencia. Pensémoslo así: si no se trata de un problema de salud física o mental, si las personas que me rodean no pueden ayudarme a solventarlo y si yo sola no puedo con él, es un problema social.

#### **4.1.3. La utilización de los modelos teóricos y su relación con la intervención social.**

En los Centros de Servicios Sociales podemos distinguir de forma clara dos grandes tipos de usuarios atendidos, según los datos obtenidos en la parte empírica de este trabajo: por un lado, aquellos con los que únicamente se realiza la **gestión de recursos** adecuados a su necesidad social y el pertinente seguimiento de los mismos para su posible modificación en caso de necesitar una individualización mayor; y, por otro, los usuarios con los que se realiza **intervención social**. La intervención social, y a mí me gusta añadir el adjetivo “terapéutica”, es el núcleo y el corazón de lo que se realiza en el Primer Nivel de Servicios Sociales. Como ya se ha mencionado en el apartado pertinente, la mayoría de trabajadores sociales utilizan la perspectiva sistémica para

intervenir con los usuarios. Entender por qué parece especialmente sencillo en el ámbito de lo social: una persona no está únicamente influida por lo que pasa dentro de su mente, sino también por la educación que ha recibido y/o recibe, por las personas que son importantes para ella, por su familia, por su centro de trabajo... y todos ellos a su vez están influenciados por tantos otros sistemas adyacentes. Durante muchos años se ha trabajado desde el Trabajo Social la resolución de conflictos en los sistemas que afectan a la persona y que dificultan su desarrollo personal y/o social con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, como se ha puesto de manifiesto en los apartados dedicados al marco teórico. Asimismo, se han creado modelos específicos como el de la intervención en crisis, para situaciones y conflictos en los que se ha de actuar de manera ligeramente distinta por las especiales características del contexto social. Además, los trabajadores sociales de Primer Nivel están en procesos de formación continua a cargo de las administraciones que se encargan de mantener al día sus conocimientos y de mejorarlos y adaptarlos continuamente a los cambios de la realidad social. Mientras realizaba el estudio que nos ocupa, los trabajadores sociales del Ayuntamiento de Logroño estaban siendo formados en el modelo de terapia breve centrado en soluciones, por ejemplo. Actualmente, la intervención social supone el **56,07%** del total de las atenciones realizadas en el periodo de recogida de información en el Centro de Servicios Sociales de Logroño. Y, como vemos en la tabla 11, esta intervención social toma muchas formas diferentes que pueden agruparse en torno a diez categorías diferentes, que pueden variar y ser modificadas según quién las concrete puesto que las definidas para este Trabajo de Fin de Grado han respondido a la actuación concreta en un único Centro de Primer Nivel de Servicios Sociales.

## **4.2. Conclusiones.**

Ahora bien, ¿en qué consiste exactamente la intervención social? ¿Con quién se interviene socialmente? Y, más importante, ¿por qué es necesario que la ciudadanía conozca esta labor de los trabajadores sociales de Primer Nivel?

Para comenzar, el apartado dedicado en exclusiva a la intervención social del presente estudio pone suficientemente de manifiesto a qué nos referimos cuando hablamos de intervención social; a aquella intervención realizada entre el trabajador social y el usuario, de carácter terapéutico, destinada a modificar aspectos de la realidad social del último con el objetivo principal de mejorar su calidad de vida. En cuanto a la segunda pregunta, en los Centros de Servicios Sociales existe la obligación de intervenir socialmente con dos tipos de personas: aquellas familias cuyos hijos menores tienen medidas de protección social y aquellas personas que reciben una ayuda económica de subsistencia y no son considerados empleables. Es decir, por un lado, los trabajadores sociales están obligados a trabajar de manera conjunta con las

familias que no estén prestando los cuidados adecuados a sus hijos menores, precisamente con el objetivo de garantizar un desarrollo personal y social correcto de esos menores tanto dentro como fuera del domicilio familiar. Y por otro, con las personas que, recibiendo una ayuda económica mensual, no puedan acceder de forma inmediata a formación o tutorías de empleo para incorporarse al mercado de trabajo. Con este último sector de población, la actuación va dirigida a romper con los motivos que impiden el acceso a cursos de formación o a sesiones de seguimiento de empleo o, en caso de que no exista la posibilidad de que dichos motivos se subsanen nunca, a trabajar los demás ámbitos de la vida para evitar y prevenir la exclusión social y demás problemáticas derivadas de la falta de empleo. A parte de estos dos únicos grupos, la obligatoriedad de la intervención desaparece. No obstante, continúa siendo la labor más realizada por los trabajadores sociales de Primer Nivel.

La intervención social supone modificar aspectos de la realidad que están actuando de forma disfuncional en el contexto de una persona y que están impidiendo que ésta lleve una vida normalizada emocional o socialmente. La definición, como se ha repetido hasta la saciedad, es tan amplia que **prácticamente cualquier problemática puede entenderse como objeto de intervención social**. Y es que, en realidad, esto es así. La intervención se realiza de forma tipificada teóricamente, pero de forma muy espontánea para los trabajadores sociales. Supone estar alerta acerca de cualquier síntoma de disfunción en el bienestar de los usuarios que atienden y es entender que problemáticas que pueden suponer el punto más bajo de la vida de una persona no tienen por qué representar el menor bache en la vida de otras. Ha de contar con la voluntariedad clara y manifiesta de éstos a ser ayudados en un proceso de intervención porque, en realidad, la resolución va a ser cosa suya. Desde el inicio del estudio empírico, se ha intervenido con situaciones de violencia de género, violencia filioparental, con adolescentes violentos, con padres adolescentes, con adultos con sentimientos de soledad, se ha trabajado con adultos la promoción de la autonomía personal, se han realizado grandes esfuerzos en materia de prevención de la exclusión social, se ha actuado con personas sin hogar, con personas con problemas de toxicomanías... Y la lista sigue. Si pensamos en cómo será actuar con estas problemáticas, imaginamos entrevistas muy largas, efectivamente la tabla 15 lo corrobora, en las que se habla de emociones y sentimientos muy profundos en los que, más a menudo que no, se acaba llorando. Es así. Pero también son entrevistas de apenas media hora recordando la importancia de la higiene personal, entrevistas de hora y media con una pareja en la que la comunicación falla, acompañar al médico, acompañar al juicio contra el ex marido de una mujer víctima de violencia de género, es atender de urgencia para recordarle a una usuaria que se acerca navidad y que puede acudir a un recurso a recoger juguetes para su hijo pequeño. Esencialmente supone acompañar, colocarse como un profesional de confianza y de referencia y **entregar las claves para hacer frente a los problemas**.



## 5. Bibliografía.

- Abello Londoño, M. y Gallego, J., (2013). Intervención Psicosocial, una aproximación desde el Trabajo Social [tesis pregrado]. Medellín: Universidad de Antioquía (Colombia).
- Alemán Bracho, M. C., (1993). Una perspectiva de los servicios sociales en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, (2), p. 195 – 205. Doi: 10.14198/ALTERN1993.2.12
- Barranco Expósito, C., (2007). La construcción del conocimiento y visión de las perspectivas paradigmáticas y teorías aplicadas en los modelos de Trabajo social. *Servicios Sociales y Política Social*, (80), p. 65 – 79.
- Cannon, W. N., (1929). *The wisdom of the body*. Nueva York, Estados Unidos: W. W. Norton & Company.
- Casado, D. y Guillén, E., (2001). *Manual de servicios sociales*. Madrid, España: CSS.
- Camacho, J., (2014). Exclusión social. *Eunomía*, (7), p. 208 – 214.
- Consejería de Salud y Servicios Sociales (Ed.), (2003). *La Intervención Familiar en los Servicios Sociales Comunitarios*. Logroño, España: Gobierno de La Rioja.
- Cortina, A., (2018). *Aporofobia, el rechazo al pobre: Un desafío para la democracia*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Decreto 31/2011, de 29 de abril, por el que se aprueba la Cartera de servicios y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales.
- De Diego, E., (2017). Ser español en España es una ruina: Señor extranjero, usted primero, por favor. *Rambla Libre*. Recuperado de: <http://ramblalibre.com/2017/02/08/ser-espanol-en-espana-es-una-ruina-senor-extranjero-usted-primero-por-favor/>
- De Robertis, C., (2007). *Metodología de la intervención en Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina: Lumen Hymanitas.
- De Robertis, C., (2009). Función y profesionalidad del Trabajo Social. *Palobra*, (10), p. 198 – 215.
- De Vicente, P., (2019). [Apuntes]. *Desarrollo de competencias y modificación de conducta*. Clase magistral llevada a cabo en la Universidad de La Rioja, Logroño, España.
- Fantova, F., (2007). Repensando la intervención social. *Documentación social*, (147), p. 183 – 198.

- Fantova, F., (2008). *Sistema Público de Servicios Sociales: Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Gobierno de La Rioja, (2019). *8,5 de nota para los centros públicos y prestaciones de servicios sociales de La Rioja* [infografía]. Recuperado de: <https://actualidad.larioja.org/infografia?n=not-8-5-de-nota-para-los-centros-publicos-y-prestaciones-de-servicios-sociales-de-la-rioja>
- Idareta-Goldaracena, F. y Ballesterio-Izquierdo, A., (2013). Ética, paternalismo y burocracia en Trabajo Social. *Portularia*, (XIII), 1, p. 27 – 35.
- Instituto Nacional de Estadística (2018). *Tasa de paro por nacionalidad, sexo y comunidad autónoma*. Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4249>
- Las Heras Pinilla, M. P., (2011). Importancia del Trabajo Social como forma de intervención municipal. *TS nova: trabajo social y servicios sociales*, (3), p. 9 – 20.
- Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja.
- Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía.
- Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.
- López-Cabanas, M. y Chacón, F., (1999). *Intervención psicosocial y servicios sociales*. Madrid, España: Síntesis psicología.
- San Martín, D. y Montenegro, S., (2017). [Apuntes]. *Sistema Público de Servicios Sociales*. Clase magistral llevada a cabo en la Universidad de La Rioja, Logroño, España.
- Palomar Villena, M. y Suárez Soto, E., (1993). El modelo sistémico en el trabajo social familiar: consideraciones teóricas y orientaciones prácticas. *Cuadernos de Trabajo Social*, (2), p. 169 – 184.
- Pérez, P., (2018). Médicos gallegos piden trabajadores sociales en los centros de salud para atender a los mayores. *La Opinión A Coruña*. Recuperado de: <https://www.laopinioncoruna.es/sociedad/2018/11/14/medicos-gallegos-piden-trabajadores-sociales/1347455.html>
- Rodríguez Valladolid, N., (2010). De la relación de ayuda en la intervención social. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (48), p. 31 – 54.
- Ruidíaz García, C., (2010). Percepciones ciudadanas sobre el sistema público de Servicios Sociales en La Rioja. *Redur*, (8), p. 147 – 167.

- Sanz Cintora, A., (2001). Acción social y Trabajo Social en España. Una revisión histórica. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (13), p. 5 – 42.
- Viscarret Garro, J. J., (2009). Modelos de intervención en Trabajo Social. En Fernández García, T., (2009). *Fundamentos del trabajo social* (p. 293 – 344). Madrid, España: Alianza.
- Zamanillo Peral, T., (1993). Un enfoque sistémico para la intervención en crisis en el Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, (6), p. 119 – 136.

## 6. Anexos.

### 6.1. Herramienta: cuestionario de encuesta.

NÚMERO DE REGISTRO:

Fecha:

Sexo:

País de nacimiento:

- ☐ NS/NC
- ☐ Española
- ☐ Latinoamericana
- ☐ Africana
- ☐ Asiática
- ☐ Europea
- ☐ Americana
- ☐ Otra

Llegada del usuario:

- ☐ No acude
- ☐ Demanda del usuario
  - Urgente
  - Con cita
- ☐ Citación del centro
  - Seguimiento
  - 1º Cita
- ☐ Derivación de otros servicios de salud, SUS, Policía...

Perfil del usuario:

- ☐ Unidad familiar
- ☐ Personas mayores solas o vulnerables
- ☐ Personas menores de 65 solas
- ☐ Personas con enfermedad mental
- ☐ Víctimas de violencia de género



Tipo de actuación:

- ☐ Entrevista personal
- ☐ Hacia terceras personas
- ☐ Entrevista familiar
- ☐ Reunión con otros profesionales
- ☐ Visita a domicilio

Demanda:

- ☐ Explícita
  - Sin demanda
  - Económica
  - Recursos de dependencia, PIA...
  - Laboral, formativa...
  - Información y orientación
  - Orientación familiar e intervención
- ☐ Transformada
  - Económica
  - Recursos de dependencia, PIA...
  - Laboral, formativa...
  - Información y orientación
  - Orientación familiar e intervención

Gestión:

- ☐ Con recurso aplicado
  - Ayudas económicas
  - Recursos de dependencia y PIA
  - Informes técnicos e informes a otras instituciones y organismos (menores, juzgados...)
  - Información y orientación hacia recursos
  - Derivación y canalización hacia otros programas u organismos o recursos
- ☐ Intervención sin recurso
  - Escucha y apoyo emocional, acompañamiento personal
  - Mediación

- Intervención preventiva
- Establecimiento de objetivos y visualización futura
- Promoción de la autonomía y capacidades
- Orientación familiar (facilitación de estrategias y herramientas)
- Indagación de hechos y valoración
- Clarificación de la demanda, necesidades e intereses
- Acompañamiento

Metodología:

- ☐ Entrevista inicial/informativa: recopilación de datos para estructurar
  - Información y orientación
  - Formalización de recursos
  - Derivación hacia recursos
- ☐ Entrevista de seguimiento
- ☐ Entrevista diagnóstica: información para establecer curso de acción
- ☐ Entrevista terapéutica: modificar o realizar cambios
- ☐ Entrevista final

Tiempos:

- ☐ Intervención en las que se ha dado exclusivamente uno o varios recursos
  - 0-30 minutos
  - 30-60 minutos
  - Más de 60 minutos
- ☐ Intervenciones sin recurso aplicado, o aplicado siendo prioritaria la intervención
  - 0-30 minutos
  - 30-60 minutos
  - Más de 60 minutos